様式 10

# 休学願

平成　　年　　月　　日

学校法人 福岡保健学院
小倉リハビリテーション学院
学 院 長　篠 﨑　康 次　殿

PT ・OT　学科
昼間・夜間 コース
第　　学年　Ａ ・ Ｂ クラス
学籍番号:
氏 名　　㊞

（保証人）氏 名　　㊞

下記の理由により休学したいので、許可下さるようお願いします。

記

1. 休学の理由

2. 休学期間　平成　　年　　月　　日から

平成　　年　　月　　日まで

注）病気による休学の場合は、医師の診断書を添付すること。