

期限延長願・再提出レポート願・再判定願・継続履修願 スクーリング日程/コース変更願

(平成 年 月 日提出)

日本メディカル福祉専門学校 学校長 殿

氏名	印	生年月日	年 月 日生
		課程の種別	<input type="checkbox"/> 短期通信課程 <input type="checkbox"/> 一般通信課程
学籍番号	— —	入学年度	年度
<p>下記の科目につきまして、期限延長・再提出レポート・再判定・継続履修料を（ ） 円添えて申し込めますので、ご許可をお願いいたします。(該当するもの以外を、二重線で消してください。)</p>			
	科目名	担当講師名	金額
1			円
2			円
3			円
4			円
5			円
受付日	受付者	処理日	処理者
※ /	※	※ /	※
			合計
			円

太枠内の必要事項を記入してください。※欄には記入しないでください。

学籍番号	— —
氏名	様

金額 円

期限延長 ・ 再提出レポート ・ 再判定 ・ 継続履修 ・ スクーリング日程/コース変更料を
上記の通り領収いたしました。