

# 休 学 願

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

所 属 保健医療学研究科（ 専攻）  
助産学専攻科  
保健医療学部（ 学科）  
学 年 年  
学籍番号  
氏 名

保証人 氏 名

次のとおり休学したいので、許可くださるようお願いします。

休 学 期 間		年 月 日から 年 月 日まで
休 学 理 由		
休学中の連絡先	住 所	
	電話番号	( ) —

- 注 1 疾病等による休学の場合は、医師の診断書を添付すること。  
2 氏名の記載は自署で行うこと。  
3 保証人は、現況届（変更届を含む）で提出されている保証人であること。