社会福祉士通信課程　様式⑦

年　　月　　日

中央福祉学院長　　様

　学籍番号　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

休　学　願

下記のとおり、休学を希望したいので願い出ます。

　　※　「休学」理由となる医師の診断書等を同封してください。

　　※　書類提出の時期や事由によっては、再履修対象となる場合があります。

休学希望理由

　年　月　日～　　年　月　日

希望休学期間