

送信先 FAX : 050-3537-5963

※FAX 送信の場合、送信後、必ず確認の電話（学生専用 TEL : 050-3645-2382）をすること。

スクーリング変更申請書

専門学校高崎福祉医療カレッジ
通信教育部 看護師科 御中

申請日	年 月 日
学籍番号	
氏名	
電話番号	

下記のスクーリングの日程変更を申請します。

	科目名	【変更前】			【変更後】	
		会場・クラス (例：池袋 A)	日付		会場・クラス (例：高崎 B)	日付
1			/ ()	→		/ ()
2			/ ()	→		/ ()
3			/ ()	→		/ ()
4			/ ()	→		/ ()
5			/ ()	→		/ ()
6			/ ()	→		/ ()
7			/ ()	→		/ ()
8			/ ()	→		/ ()

※申請を受け取り後、決定通知等は発行していません。

※希望した日程が受講不可の場合は、学校からご連絡いたします。

※最低履修人数に満たない場合は、開講しないことがあります。

学校 使用欄	受付者	受理日
		令和 年 月 日