

通信課程（様式８－２）

スクーリング変更届

届出日 年 月 日

専門学校高崎福祉医療カレッジ
通信教育部 御中

所 属	☐ 一般 ☐ 短期						
学籍番号							
実 習	☐ あり ☐ なし						
カタカナ							
氏 名							
TEL							

下記日程のスクーリングの変更を希望します。

科目名	会 場	欠席日程	欠席理由
	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和 池袋・北千住・横浜		
	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和 池袋・北千住・横浜		

《振替希望欄》

科目名	会 場	出席 希望日程	備 考
	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和 池袋・北千住・横浜		
	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和 池袋・北千住・横浜		

《記入例》

科目名	会 場	欠席日程	欠席理由
精神医学と精神医療	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和 池袋・北千住・横浜	6/16	研修のため

※通信教育部処理欄

教務担当者	受付担当者	通信教育部受理
		年 月 日