

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

学籍番号							
フリガナ							
氏名							
TEL							
メール							

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