

送付先：〒370-0829 群馬県高崎市高松町 14-2 専門学校高崎福祉医療カレッジ通信教育部
TEL：050-3777-7573 FAX：050-3737-4049 Mail：tsukyo@tojinkan.ac.jp

社会福祉士科

通信課程（様式 8－1）

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								
E-mail (必ずご記入ください)	※変更に関する決定通知は メールにてご案内いたします。							

下記日程のスクーリングの変更を希望します。

	会場	欠席日程	記号	欠席理由
1	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和・池袋・北千住・横浜・仙台			
2	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和・池袋・北千住・横浜・仙台			

[振替希望欄]

	会場	出席 希望日程	記号	備考
1	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和・池袋・北千住・横浜・仙台			
2	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和・池袋・北千住・横浜・仙台			

[記入例]

	会場	欠席日程	記号	欠席理由
1	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和・池袋・北千住・横浜・仙台	8/17	A	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