

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

精神保健福祉士科

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							
カタカナ							
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。

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・オンデマンド受講		
	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和 池袋・北千住・横浜・オンデマンド受講		

《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・オンデマンド受講		
	高松・太田・熊谷・大宮・南浦和 池袋・北千住・横浜・オンデマンド受講		

《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・オンデマンド受講	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