

送付先：〒370-0829 群馬県高崎市高松町 14-2 藤仁館医療福祉専門学校 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

藤仁館医療福祉専門学校
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