

年 月 日

JA 新潟厚生連中央看護専門学校
学校長 矢尻 洋一 様

学籍番号

氏 名

印

生年月日 年 月 日生

保証人氏名

印

現住所

退 学 願

この度、下記の理由により、 年 月 日をもって退学したいので、許可
くださいますようお願い申し上げます。

記

退学の理由