様式5

留　年　願

YMCA健康福祉専門学校 校長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　20　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　 学 科 名

　　　　　　　　　　学籍番号 ＫＧ

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　印

留年を承認していただきたく、お願い申し上げます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理日 | 承認日 | 担当者印 | 校長印 | 学校印 |
|  |  |  |  |  |

YMCA健康福祉専門学校　通信教育部