

校長	教務主任	担任

補習講義（補習実習）願

年 月 日

多治見看護専門学校長 様

学年

氏名

私は、下記の科目の補習講義（補習実習）を受けたいので、許可くださいますようお願いいたします。

記

1 科目名

2 単位・時間数

単位

時間

2 担当講師名

3 欠席時間数

時間

4 補習希望時間数

時間

5 理由

（添付書類）

やむを得ない理由となる証明書