様式第８号（学則第20条、第21条関係）

**退（転）学　　願**

　　年　　月　　日

佐賀県医療センター好生館看護学院長　様

学 科　　第　　学 年

学籍番号

本　人　氏　名（自署）

保証人　氏　名（自署）

私は、下記事由により　　　年　　月　　日に退（転）学したいので許可くださるよう保証人連署のうえ申請します。

記

事　　由

※ この申請書に記載されている事項については、学院事務以外の利用目的には使用することはありません。