

(様式第5号) 通学経路変更願

令和 年 月 日

泉佐野泉南医師会看護専門学校長 様

学籍番号 _____ (第 学年)

住所

氏名

_____の為、通学経路の変更をお願いします。

新 () _____ ~

旧 () _____ ~

(注) 通学証明書の書き換えが必要な場合は、通学証明書を併せて提出すること。