No.22

文部科学省認可通信教育
九州医療科学大学通信教育部

半　期　卒　業　願

年　　月　　日

九州医療科学大学学長　殿

（本人）

学生番号

氏　　名　　印

〒

住　　所

電話番号　（　　）　　―

（第一保証人）

保証人氏名　　印

〒

住　　所

電話番号　（　　）　　―

下記期日までに履修科目の合格を得ることで卒業要件を満たすことができた場合、下記期日での卒業を願い出ます。

記

年　　月

大学記入欄	受付月日		処理月		担当者印	