

# 諸願・届様式





# 退学願

年 月 日

城西短期大学 学長 殿

所属：		学科	学籍番号：	
学生本人	ふりがな		ふりがな	
	氏名	㊦	氏名	㊦
	住所	〒	住所	〒
	電話番号		電話番号	
	携帯電話		携帯電話	

私はこのたび下記の理由のため退学したく、ご許可くださいますよう保証人連署のうえ、お願いいたします。

## 記

### 退学理由

1. 理由に該当する項目を選んで、チェック☑してください。

- 家庭の事情                      経済的理由                      勉学意欲喪失                      身体疾患  
進路変更（他教育機関）                      進路変更（就職）                      海外留学  
その他（                      ）

2. チェックした項目について理由を説明してください。

---

---

---

---

---

※理由が疾病の場合は、医師の診断書を添付してください。

※日本学生支援機構より奨学金受給の有無      《 有 ・ 無 》 いずれかを○で囲んでください。

以上

事務局使用欄      ※以下は記入しないこと

実学年		修得単位数		受付日	年 月 日
入試区分		出身高校			
備考					

# 再 入 学 願

年 月 日

城西短期大学学長

殿

学科

学籍番号 ー

氏 名 ㊟

〒

住 所

電 話 番 号

携 帯 電 話

保証人(父母)氏名 ㊟

〒

住 所

電 話 番 号

携 帯 電 話

私は ー のため退学(除籍)し(になり)ましたが下記の理由により再入学したく、ご許可くださいますよう保証人連署でお願いいたします。

記

1. 退 学 日 ー 年 月 日

( 除 籍 日 )

2. 退 学 理 由

( 除 籍 理 由 )

3. 再入学希望日 ー 年 月 日

4. 再入学の理由

# 欠 席 届

年 月 日

城西短期大学学長

殿

学科

学籍番号 ー

氏 名 ㊟

〒

住 所

電 話 番 号

携 帯 電 話

保証人(父母)氏名 ㊟

〒

住 所

電 話 番 号

携 帯 電 話

記

私はこのたび ー のため欠席しました（します）ので、理由書（診断書）を添え保証人連署でお届けいたします。

期 間 自 年 月 日  
至 年 月 日

# 保証人変更届

年 月 日

城西短期大学学長 殿

学 科 \_\_\_\_\_ 学科

学 籍 番 号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

現 住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

携 帯 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

下記のとおり保証人を変更しますのでお届けします。

記

旧保証人氏名	
--------	--

新保証人氏名	(フリガナ)		
本人との関係	生年月日	年	月 日生
現 住 所	〒 _____ 電話 ( ) _____		
	_____		
勤 務 先	電話 ( ) _____	携帯 ( ) _____	
変 更 理 由			

# 身上異動届

年 月 日

城西短期大学学長 殿

学 科 \_\_\_\_\_ 学科

学籍番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

現 住 所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ ( )

携帯 \_\_\_\_\_ ( )

下記のとおり異動がありましたので（戸籍抄本）を添えてお届けいたします。

## 記

異動理由	_____
	_____
	_____
新	(フリガナ)
旧	
異動年月日	年 月 日



## 感染症登校許可証明書

学籍番号 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

上記の学生は、下記疾病が治癒または感染の恐れがなくなったため登校してよいことを証明します。

(下記疾病の該当欄に○印を記入してください。)

	インフルエンザ ( _____ 型)		結核
	百日咳		髄膜炎菌性髄膜炎
	麻疹 (はしか)		流行性角結膜炎
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		急性出血性結膜炎
	風疹 (三日はしか)		その他の感染症 ( _____ )
	水痘 (水ぼうそう)		
	咽頭結膜熱		

初 診 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

出席停止期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

登校許可日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名

住 所

電 話

医師名 \_\_\_\_\_ 印

※この証明書を坂戸キャンパスの学生は保健センターに、紀尾井町キャンパスの学生は医務室に提出してください。

[この情報は、保健センター、学部事務室(教学事務室)、担当教員以外には開示しません。但し法令に基づく場合や、本人の生命/身体/財産を保護するために必要がある場合などで、本人の同意を得ることが困難であるときは第三者に開示することがあります。]