（様式 9）　　厚生労働省認可通信教育

継続受講届

群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校
校長　　鈴木賢二　様

年　　月　　日

課程
学籍番号
氏名　　㊞

下記の理由により、継続受講を希望したいので届け出ます。

記

〈理　由〉

理事長	校長	総務部長	事務長	担当教員	事務