（様式 10）　　厚生労働省認可通信教育

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

退学願

年　　月　　日

課程

学籍番号

氏名　　㊞

下記の理由により、社会福祉士通信課程を退学したいのでご承認くださいますようお願いいたします。

記

〈理　由〉

理事長	校長	総務部長	事務長	担当教員	事務