

事務局長	受付者

忌引願

年 月 日

大阪行岡医療大学 学長 殿

学科名 医療学部 理学療法学科

第__学年 学籍番号 _____ PT _____

学生氏名 _____ 印

「 (続柄) 」死亡のため 年 月 日～ 月 日 まで
忌引致しましたので保証人連署の上お願い申し上げます。

保証人氏名 _____ (続柄) _____

現住所 〒 _____

※ 証明書として、会葬礼ハガキ等死亡日が確認できる書面を添付して下さい。