

# 休学願

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

長崎県立西陵高等学校長様

第\_\_\_\_学年\_\_\_\_組\_\_\_\_番

本人氏名（自署）\_\_\_\_\_

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生

保護者氏名（自署）\_\_\_\_\_ 印

下記のとおり休学したいので、許可くださるようお願いいたします。

## 記

### 1. 休学理由

2. 休学期間 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ～ 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

※病気による入院・加療の場合は、医師の診断書を添えてください。

※休学が認められる期間は、3月以上1年以内です。