

|     |     |      |     |      |
|-----|-----|------|-----|------|
| 校 長 | 副校長 | 教務主任 | 担 任 | 実習担当 |
|     |     |      |     |      |

## 実 習 補 習 願

令和 年 月 日

山梨県歯科衛生専門学校長 殿

学籍番号 No \_\_\_\_\_

学生氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、下記の理由により、実習の補習を受けさせていただきたくお願いします。

| 科目・実習名 | 欠席日 | 欠席理由等 | 補習日時          |
|--------|-----|-------|---------------|
|        | /   |       | 月 日 ( ) : ~ : |
|        | /   |       | 月 日 ( ) : ~ : |
|        | /   |       | 月 日 ( ) : ~ : |

※所定の実習補習手数料納付領収書を添付すること。

※実習の補習は30分単位とする。

※実習補習手数料は30分につき2,000円とする。ただし、やむを得ない理由と認められた場合は1,000円とし、公欠による場合は手数料を求めないものとする。

※公欠またはやむを得ない理由により欠席の場合は、事由を証明できる書類を添付すること。

※実習補習手数料 ( ) 円 = (2,000円・1,000円・なし) × 30分 ( ) 回