

# 忌 引 き 願

八戸保健医療専門学校長 殿

申 請 日: 年 月 日

学生番号:

氏 名:

下記の事情により、忌引きの取扱いをお願いいたします。

## 記

1. 故人の氏名

\_\_\_\_\_

2. 死亡年月日

平成 年 月 日

3. 続柄

\_\_\_\_\_

4. 忌引きの期間

平成 年 月 日 より平成 年 月 日まで

平成 年 月 日

保護者氏名

Ⓜ