

VI 各種様式

1. 住所等変更届
2. 施設・設備品使用願
3. 授業欠席届
4. 学生旅客運賃割引証交付願
5. 海外渡航届
6. 授業料延納願
7. 休学願
8. 復学願
9. 退学願
10. 団体結成願
11. 団体継続願
12. 団体昇格願
13. 団体解散願
14. 登録名簿
15. 活動予算計画書
16. 年間活動計画書
17. 月別活動予定表
18. 月別活動報告表

住 所 等 変 更 届

下記のとおり変更しましたので届け出をします。

提出日	西暦 年 月 日
学籍番号	
氏 名	
学科・学年	保健医療学部 学科 年次
変更対象者 (該当箇所を○で囲む)	1. 本人 2. 保護者 3. 送付先 (成績表・学費納付案内等) 4. 保護者以外の緊急連絡先 5. 学費支弁者
変更事項 (該当箇所を○で囲む)	a. 氏名 b. 本人との続柄 c. 住所※1 d. 電話番号

□太枠内は変更部分のみ記載ください。

変更後	(フリガナ)		
	a. 氏 名 姓	(姓)	(名)
	b. 続 柄 (本人との)		
	c. 住 所	〒	
	d. 電 話 番 号	自宅電話	携帯電話
備 考			

注 意 点	事務局チェック欄
※1 本人住所が変更になった場合は学生証に記載してある住所も変更してください。	住所記入シールを渡した ☐
※2 氏名変更時は「住民票」の添付が必要となります。	住民票を受け取った ☐
氏名変更時は図書館に変更したことの連絡が必要となります。	図書館に連絡した ☐

総務課 (経理)	学務課	受付

授業欠席届

※欠席日を含めた原則 5 日以内に提出してください

提出日	西暦 年 月
学科・学年	保健医療学部 [看護・栄養]学科 年次
学籍番号	
氏 名	

【欠席月日・科目名】 ※ボールペンで書くこと

月 日	時限	授業科目	科目担当教員名
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			

【欠席理由】

--

【事務局記入欄】

大学が認める特段の理由による欠席

☐ 対象ではない

☐ 対象である (月 日 ~ 月 日) ※補講の対象となります。

必要添付処理等 (有 ・ 無)

学務課責任者チェック (月 日) @

(学務課受付印)

No.	受付日

申請日 年 月 日

施設・設備品使用願 (学内者・学外者)

学籍番号 (所属団体名)		学生氏名 (申請者)	
使用期間	年 月 日 () 時 分 ~ 年 月 日 () 時 分 [日間]		
使用目的			
施設名	場 所	1. 体育館 2. グラウンド 3. 講義室 () 4. 演習室 () 5. その他 ()	
	人 数	学 生 () 名 教職員 () 名	[計 名]
		学外者 小・中学生 () 名 高校・大学生 () 名 大人 () 名	[計 名]
設備品	品 名		
		数 量	
使用責任者	氏 名	(学籍番号)	
本学学生の場合 住所の記入は不要	住 所	(学校名)	
	電 話		

注 1) 必要事項を記入のうえ、使用開始日の 7 日前までに事務局へ提出してください。

注 2) 自己学習の場合は当日受付(土日祝日は除く)のみ。

注 3) 課外授業、事前学習などで施設 (備品) を使用する場合は、指導教員または学年担任教員の確認印をもらってください。

決裁					
学部長	事務局長	事務課長		担当係	確認印

学生旅客運賃割引証交付願

札幌保健医療大学 殿

学 科	() 年次	氏 名	
学籍番号		生年月日	S・H . . (歳)
枚 数	1 枚 ・ 2 枚		証 明 書 番 号 及 び 契 印
使用区間	駅 ~ 駅		No. No.
使用期間			
使用目的	1. 帰省 2. 正課教育 3. 正課外教育活動 4. 就職・受験 5. 見学 6. 傷病治療 7. 保護者旅行随伴		発行日

※太枠内をボールペンで記入し、該当項目は○で囲むこと。

※交付は、申請日の 3 日後とする。

海外渡航届

年 月 日

学 部 保健医療学部
学 科 看護学科・栄養学科
学 年 年次
学籍番号
氏 名

私は、海外渡航に際し下記のとおり届けます。

1 渡航先

国 名：
滞在地：
本人連絡先（電話・E-mail等）：
パスポート番号

2 渡航期間

年 月 日 ～ 年 月 日

3 渡航目的

4 渡航期間における日本国内の緊急連絡先

住 所：
電話番号：
氏名（続柄）：（ ）

【提出先】
札幌保健医療大学 事務局 学務課
＊記載内容については、海外渡航の危機管理に関する利用目的以外には利用いたしません。

休 学 願

札幌保健医療大学

保健医療学部 学部長 様

願 出 日 年 月 日
学科・学年 看護学科・栄養学科 年次
学籍番号
氏 名

下記の事由により休学いたしたく、ご許可くださいますようお願いいたします。

本 人	氏 名	印
	住 所	〒
	連 絡 先	℡
保証人 (保護者)	氏 名	印
	住 所	〒
	連 絡 先	℡
休 学 期 間 年 月 日 ～ 年 月 日		
奨 学 金 受 給 の 有 無 ※今年度 有 (種類:) ・ 無		
休 学 事 由 ※該当する事由に○を付けること (複数ある場合は主たる事由に◎を付けること)		
a.健康上の理由 (医師の診断書を添付すること) b.経済的理由 c.学業・成績上の理由 d.進路再考 e.その他 () ※必要があれば裏面に記載すること		

③事務局長	②学科長	①学担
月 日	月 日	月 日

(事務局記入欄)

年 度	年度	台 帳	N ₀	教授会報告日
-----	----	-----	----------------	--------

別紙様式

授 業 料 延 納 願

年 月 日

札幌保健医療大学 学長 殿

本 人	所属等	保健医療学部 ・ 保健医療学研究科 学科 年	学籍番号	
	氏 名	印	℡	
	住 所			
保護者等	氏 名	印	℡	
	住 所			

次の理由により、授業料の延納の許可をお願いいたします。

期別	前期分 ・ 後期分	授業料の延納額	円
理 由			
支 払 方 法	年 月 日まで		円
	年 月 日まで		円
	年 月 日まで		円
	年 月 日まで		円
	年 月 日まで		円
※ 大 学 記 入 欄			

(注) 札幌保健医療大学授業料取扱規程第5条による延納期限：前期分7月15日、後期分1月15日

決 裁 処 理	学 長	研究科長	学部長	学生部長	学科長	学年担任 主指導教員	事務局長	学務課長	学務課	会 計

復 学 願

札幌保健医療大学

保健医療学部 学部長 様

願 出 日 年 月 日
学科・学年 看護学科・栄養学科 年次
学籍番号
氏 名

下記の事由により復学いたしたく、ご許可くださいますようお願いいたします。

本 人	氏 名	印
	住 所	〒
	連 絡 先	℡
保証人 (保護者)	氏 名	印
	住 所	〒
	連 絡 先	℡
復 学 日 年 月 日		
奨 学 金 受 給 の 有 無 ※今年度 有 (種類:) ・ 無		
復 学 事 由 () ※休学時の事由 ()		

(注) 休学の理由が疾病によるものであった場合には、復学が可能であることを示す診断書を添えること

③教務部長	②学科長	①学担
月 日	月 日	月 日

(事務局記入欄)

年 度	年度	台 帳	N ₀	教授会報告日
-----	----	-----	----------------	--------

退 学 願

札幌保健医療大学 学長 様

願 出 日	年 月 日
学科・学年	看護学科 ・ 栄養学科 年次
学籍番号	
氏 名	

下記の事由により退学いたしたく、ご許可くださいますようお願いいたします。

本 人	氏 名	
	住 所	〒
	連 絡 先	℡
保証人 (保護者)	氏 名	
	住 所	〒
	連 絡 先	℡
退 学 期 日		年 月 日
奨 学 金 受 給 の 有 無 ※今年度		有 (種類:) ・ 無
退 学 事 由 ※該当する事由に○を付ける こと (複数ある場合は主たる事由に◎を付けること)		a.健康上の理由 (医師の診断書を添付すること) b.経済的理由 c.学業・成績上の理由 d.進路変更 e.その他 () ※必要があれば裏面に記載すること

③学部長	①事務局長	②学科長	④学指
月 日	月 日	月 日	月 日

(事務局記入欄)				
年 度	年 度	台 帳	N ₀	教授会報告日

団 体 継 続 願

年 月 日

札幌保健医療大学 学生部長 殿

代 表 者	団 体 名	
	氏 名	
	学 部 ・ 学 科	看護学科 ・ 栄養学科
	学 籍 番 号	
	住 所	〒
	電 話 番 号	
メールアドレス		

下記のとおり、団体継続を申請しますので、承認くださるようお願いします。

記	
設立年月日	年 月 日
目 的	
活 動 内 容	
顧 問 教 員	印

※1 会員名簿を添付してください。
※2 上記届け出事項に変更があった場合は、速やかに届け出てください。
※3 顧問教員欄は、顧問教員の自署押印が必要です。
※4 団体結成願に関して取得した個人情報、各種の学生支援の目的以外に使用することはありません。

団 体 結 成 願

年 月 日

札幌保健医療大学 学生部長 様

代 表 者	団 体 名	
	氏 名	
	学 部 ・ 学 科	看護学科 ・ 栄養学科
	学 籍 番 号	
	住 所	〒
	電 話 番 号	
メールアドレス		

下記のとおり、「札幌保健医療大学学生規程」により団体結成を申請しますので、承認くださるようお願いします。

設立年月日	年 月 日
目 的	
活 動 内 容	
顧 問 教 員	印

※1 会員名簿を添付してください。
※2 上記届け出事項に変更があった場合は、速やかに届け出てください。
※3 顧問教員欄は、顧問教員の自署押印が必要です。
※4 団体結成願に関して取得した個人情報は、各種の学生支援の目的以外に使用することはありません。

団 体 昇 格 願

提出日 年 月 日

札幌保健医療大学 学生部長 殿

代 表 者	団 体 名	
	氏 名	
	学 部 ・ 学 科	
	学 籍 番 号	
	住 所	〒
	電 話 番 号	
メールアドレス		

下記のとおり、団体昇格を申請いたします。

記	
格 付 け	(愛好会 ・ 同好会) から (同好会 ・ クラブ) へ昇格
申請理由	
顧問教員	印

※1 顧問教員欄は、顧問教員の自署押印が必要です。
※2 団体昇格申請書に関して取得した個人情報は、各種の学生支援の目的以外に使用することはありません。

