

アルバイト許可願

令和____年____月____日

学校法人 宮崎総合学院
宮崎情報ビジネス医療専門学校
学 校 長 殿

学科・学年____科____年
学籍番号____
本人氏名____
保護者氏名____

下記の事由により、アルバイトの許可を受けたいのでお願い致します。なお、学業には影響ないように努め、影響ができれば許可取消しにされても異議がないことを誓います。

記

【期 間】 ____年____月____日 ~ ____年____月____日
 毎日 週____日 1ヶ月____日

【時間帯】 平日 午前・午後____時____分 ~ 午前・午後____時____分
 土曜 午前・午後____時____分 ~ 午前・午後____時____分
 日祝 午前・午後____時____分 ~ 午前・午後____時____分

該当する項目の□欄に☑を入れて記入してください。

勤務先 _____

所在地 _____ 電話 (_____) _____

事 由 _____

担任

校 長	顧 問	部 長	課 長	係 長	担 任	回帰:事務局

この情報は個人情報保護法に基づき厳重に管理されます。

宮崎情報ビジネス医療専門学校