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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
保護者等氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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**

※保護者等とは、父母等、主たる生計維持者のことをいいます。