

学外団体加盟許可願

年 月 日

聖隷クリストファー大学介護福祉専門学校長 様

団体名

責任者

学籍番号

氏 名

顧 問

印

下記のとおり学外団体に加盟したいので御許可願います。

記

1. 団体の名称			
2. 加入年月日			
3. 趣旨及び目的			
4. 代表責任者		団体員数	名
5. 年間の 主な行事			
6. そ の 他			

学生部長	学生サービス センター長	受 付
/	/	/