

教室変更願

薬事務室

平成 年 月 日

所属		氏名	
----	--	----	--

科目名	授業		学年	現教室	受講者数	事由・要望
	曜日	時限				
①						
②						
③						

【注意】 1. 教室使用状況を確認の上、新教室をご連絡します。

2. 教室変更は、掲示にて学生に通知します。

予め変更教室がはっきりしている場合は、学生への連絡をお願いします。

新教室	①	②	③
-----	---	---	---