

(様式第2号)

サークル室等返還届

年 月 日

山形県立保健医療大学長 殿

登録団体名

(代表者)

学籍番号

学科

学年

氏名

TEL

下記の理由によりサークル室等を返還します。

記

使用サークル室		使用承認施設	
返還期日			
返還理由			
顧問教員			印