

教授承認印	
-------	--

## 休学取消願

平成 年 月 日

医学部長 殿

医	学	部	医	学	科
平成	年度	入学			回生
学生番号					
氏名					⑩
住所	〒 (携帯) 電話				

E-Mail

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで休学を許可されましたが、  
下記の理由により休学を取り消したいので許可くださるようお願いします。

記

理由：

---

---

注1：願出後、何分の連絡がない限り許可したものとします。

2：記名押印は自筆署名をもって代えることができます。