

教授承認印	
-------	--

## 復 学 願 書

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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					-			-				
				-			-						
氏 名	Ⓜ												
住 所 〒	(携帯) 電話												

E - Mail

平成 年 月 日から平成 年 月 日まで病気による休学を許可されていましたが、このたび下記の理由により復学したいので許可くださるようお願いします。

### 記

復 学 年 月 日： 平成 年 月 日から

理 由：

---



---

注 1： 本学保健管理センターの指定様式による診断書を添付してください。

2： 願出後、何分の連絡がない限り許可したものとします。

3： 許可通知の必要な者は、教務へ申し出てください。

4： 記名押印は自筆署名をもってかえることができます。