

教授承認印	
指導教員印	

休学取消願

西暦_____年____月____日

医学研究科長 殿

医学 研究科 _____ 専攻
年度 入学 進学 編入学 回 生

学生番号

				-			-				
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

氏 名 _____ (印)
(自 署)

住 所 〒 _____ (携帯) 電話 _____

E - M a i l _____

西暦_____年____月____日から西暦_____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、休学開始年月日の前日までに、何分の連絡がない限り許可したものとします。

2 : 氏名欄は自署してください。