

休 学 願

Request for a Leave of Absence

年 Year 月 Month 日 Date

東京医科歯科大学長 殿
President of Tokyo Medical and Dental University

指導教員認印
Supervisor's Seal

Year of Admission

年度入学 第 学年

修士課程 Master's Program
 博士課程 Doctoral Program
Department (分野)

Student ID No. 学籍番号 第 号

Name 氏名 (※)
(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。

Mobile Phone Number 携帯電話番号 — — —

E-mail Address @

Name of Guarantor 保証人氏名 (印)

大学院学則の規定により、下記のとおり休学したいので、ご許可くださるようお願いいたします。

Under the provisions of graduate school regulations, I would like to request approval for a leave of absence as below.

記

1. 休学理由

Reasons

2. 休学期間

Duration

自 From 年 Year 月 Month 日 Date

至 Until 年 Year 月 Month 日 Date (ヶ月 Months)

3. 休学中の連絡先 Contact During Leave of Absence

本人 Myself	〒	—	TEL.	—	—
保証人 Guarantor	〒	—	TEL.	—	—

- 注) 1. 休学理由はできるだけ具体的に記入してください。
2. 休学理由が病気を理由とする場合は、医師の診断書を添付してください。

Note:

1. Please state reasons for a leave of absence as specifically as possible.
2. Please attach a medical certificate if you take a leave of absence due to health issues.

財務企画課収入管理係照合欄	
前期授業料	後期授業料