

休学期間延長願

Request for Extending Leave of Absence

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

Year 年 Month 月 Date 日

指導教員認印

Supervisor's Seal

Year of Admission

School Year

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、下記のとおり休学期間を延長したいので、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 extending my leave of absence as below.

記

1. 休学期間延長理由

Reasons

2. 休学延長期間

Period of extending leave of absence

Original Period from 年 月 日 ~ 年 月 日 までのところ

Extending Period from 年 月 日 ~ 年 月 日 まで延長 (ヶ月)
Extending () 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. 休学期間延長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 extending leave of absence as specifically as possible..

2. Please attach a medical certificate if you take a leave of absence due to health issues.