

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 Parent or Guardian 保護者等氏名 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 ~ To 年 月 日 までのところ

Extending Period from 年 月 日 ~ To 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. — —
保護者等 Parent or Guardian	〒 — 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および休学理由が病気療養からその他の理由へ
変更になる場合は、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 or
if the reason of a leave of absence will change from health issues to other reasons.