

# 復学願

Request for Resumption of Studies

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

年 Year 月 Month 日 Date

指導教員認印 Supervisor's Seal
-----------------------------

Year of Admission 年度入学 第 School Year 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ておりましたが、同学則の規定により、\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 付けで復学したいので、ご許可くださるようお願いいたします。

Though I was taking a leave of absence as below, under the provisions of graduate school regulations, I would like to request approval to resume studies from the above-mentioned date.

## 記

### 1. 休学理由

Reasons for my leave of absence

---

---

### 2. 休学許可期間

Approved period of my leave of absence

自 From \_\_\_\_\_年 Year \_\_\_\_\_月 Month \_\_\_\_\_日 Date

至 Until \_\_\_\_\_年 Year \_\_\_\_\_月 Month \_\_\_\_\_日 Date

注) 病気を理由として休学した場合は、医師の診断書を添付してください。

Note: Please attach a medical certificate if you have taken a leave of absence due to health issues.