

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 月 日
Year Month Date

指導教員(分野長) 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 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_____月_____日
Year Month Date

至 Until _____年_____月_____日
Year Month 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.