

休学願

Request for a Leave of Absence

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 _____ 号
School Year 学年 第 _____ 号

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. _____
保護者等 Parent or Guardian	〒 _____ 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:

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

財務企画課資金管理係照合欄	
前期授業料	後期授業料