

申請年月日 Date of Submission: _____年 _____月 _____日
(Year) (Month) (Day)

指導教員承認印 Seal of Supervisor	
-------------------------------	--

復学願 Request for Resumption of Studies

広島大学大学院医歯薬保健学研究科長 殿
To Dean, Graduate School of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima University

医歯薬保健学研究科 (博士課程/博士課程後期/博士課程前期/修士課程)
Graduate School of Biomedical & Health Sciences (Doctoral Course/Master's course)

Major Student Number
専攻 学生番号 _____
Name
氏名 _____

下記のとおり復学したいので、許可くださるようお願いします
I hereby submit a petition for a resumption of studies as of the date below.

記

復学年月日 Date of Resumption: _____年 _____月 _____日
(Year) (Month) (Day)

理由 Reason: _____

許可書送付先 Mailing Address to Receive the Letter of Permission:

〒 _____

- (注 Note)
- 「氏名」欄は、必ず学生本人が自署すること。
All names should be autographed by a student.
 - 「許可書送付先」は、日本国内の住所とすること。
"Mailing Address to Receive the Letter of Permission" should be an address in Japan.
 - 外国人留学生は以下の項目について必ず確認すること。
International students have to make sure the followings:
 在留期限 _____年 _____月 _____日
Visa expiration date (Year) (Month) (Day)

※ 記載された個人情報、復学手続業務及び調査・統計を行う目的で利用するものであり、この目的以外で利用又は提供することはありません。
Your personal information above will be used exclusively for the purpose of the procedure for resumption and statistics.

事務使用欄
CS登録処理 <input type="checkbox"/>
休学許可期間 _____年 _____月 _____日～ _____年 _____月 _____日