

No. _____
年 月 日

復 学 願

大阪大学大学院医学系研究科長 殿

年度入学（学籍番号: _____）	
医学系研究科	専攻 課程 年次 研究室
フリガナ 本人氏名	印
住 所	(〒 _____) TEL (_____)

私こと、休学中のところ下記理由により復学したいので、御許可くださるようお願いいたします。
(病気による場合は、診断書を添えて提出すること。)

記

理 由

復学希望年月日 年 月 日

指導教員認印	
--------	--

※既休学期間

年 月 日 ~ 年 月 日