　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No.

　　　年　　　月　　　日(YYYY/MM/DD)

復　　　　学　　　　願

Request for a return to school

大阪大学大学院医学系研究科長　　殿

To. Dean of Graduate School of Medicine

|  |  |
| --- | --- |
| 年度入学／学籍番号:　　　　　　　　　　　　　　　　(Enroll in/Student Number) | |
| 医学系研究科　　　　　　　　専攻　　　　　　　 課程　　　 年次　(Division/Course/Year)  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 研究室(Laboratory) | |
| フリガナ  本人氏名(Name) | 印  (Signature/Seal) |
| 住　 　所  Mail adress | （〒　　　－　　　　）  　　　　　　℡　　　　（　　　） |

　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します。

　（病気による場合は，診断書を添えて提出すること。）

I am taking a leave of absence, and would like to return to school for the following reasons, so please give me permission.(If you are ill, submit it with a medical certificate.)

記

理　　　　　　　由

The reason

復学希望年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

Preferred date of return to school　　　yyyy/mm/dd

|  |  |
| --- | --- |
| 指導教員認印  Supervisor Seal/Signature |  |

----------------------------------------------------------------------------------

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ※既休学期間

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　年　　 月　　 日　 ～　　　　 　年　　 月　　 日