

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	(〒 -) 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。)

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