

指導教員印	
-------	--

復学願

年 月 日

大分大学大学院医学系研究科長 殿

本人 医学系研究科 課程 専攻
学籍番号
(ふりがな)
氏名
住所 (〒 -)

休学中の連絡先
電話番号

保証人 (ふりがな)
氏名
住所 (〒 -)
電話番号

下記のとおり復学したいので、許可くださるよう保証人連署をもってお願いいたします。

記

復学希望年月日 年 月 日

※休学を許可された期間 年 月 日から
年 月 日まで (ヶ月)