

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

指導教員承認印

## 復学願 Request for Resumption of Studies

広島大学大学院医系科学研究科長 殿

医系科学研究科 (博士課程 博士課程後期 博士課程前期)  
)

専攻 学生番号 \_\_\_\_\_

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

記

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

理由 Reason: \_\_\_\_\_

許可書送付先

〒 \_\_\_\_\_

- (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
  - 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は、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