|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年(Y) |  | 月(M) |  | 日(D) |

復　学　願

Request for Resumption of Studies

九州大学大学院医学系学府長 殿

Dean of the Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入学年度  Year of Enrollment |  | 専　　攻  Department |  |
| 所属分野  Laboratory |  | | |
| 学生番号  Student ID |  | | |
| 学生氏名＊  Student Name | ＊署名Signature | | |

このたび、下記休学理由が解消されたため、復学したいと存じますので、許可願います。

I would like to request approval for resumption of studies.

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 復 学 年 月 日  Date of Resumption |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. 休　学　理　由  Reason for Leave |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. 休　学　期　間 | 自(From) |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| Approved Period of Leave | 至 ( To ) |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 指導教授1＊  Supervisor | ＊署名または押印Signature or INKAN seal |
| 指導教授2＊  Supervisor | ＊署名または押印Signature or INKAN seal |

連絡先　Contact

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所　Address | 〒　　　― |
| 電話番号　Phone. |  |
| メールアドレス　E-mail. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 授業料納入状況（　　　年度）  Tuition Payment（FY　　　　） | 納入済（前期／後期）・未納（前期／後期）  Paid（Spring／Fall）・Not Paid（Spring／Fall） |
| 奨学金受給状況  Do you receive any scholarship? | 受給中（　　　　　　　　　　　　　　　　奨学金）・無  Yes（Name：　　　 　　　　　　　　　　　　　）・No |

＊署名欄Signature field