

復学願

PETITION FOR RE-ENROLLMENT

年 月 日
Year Month Day

松本歯科大学長 殿
To the President of Matsumoto Dental University,

大学院歯学独立研究科
Graduate School of Oral Medicine

学籍番号 Student ID No.	ID # G	番
氏名 Name in Full	④ Signature	
生年月日 Date of Birth	昭和・平成	年 月 日 Year Month Day

私は、下記のとおり復学したいので、許可くださるようお願いいたします。
I hereby submit a petition for re-enrollment for the following reason.

記

復学の理由
Reason

復学年月日 Date of re-enrollment	年 Year	月 Month	日 Day			
	From		To			
休学期間 Term of leave of absence	年 Year	月 Month	日～ Day	年 Year	月 Month	日 Day

復学後の住所
Contact address
re-enrollment

〒 -
TEL/Telephone ()
携帯/Cellular phone () e-mail

保証人 (I) 氏名 ④
Guarantor (I) Name Signature

保証人 (II) 氏名 ④
Guarantor (II) Name Signature

主指導教員 氏名 ④
Academic advisor Name Signature

備考/ Notes:

1. 病気のため休学した場合は、修学に差し支えない旨の医師の診断書を添付すること。
In case of illness, attach certificates certifying doctor's examination and recovery.
2. 本人、保証人及び主指導教員の氏名については、自書すること。
Applicant, guarantor and academic advisor should enter their own name.

事務局長	経理課	総務課

学 長	研究科長	所属長	受 付