

# 休学願

## PETITION FOR LEAVE OF ABSENCE

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 ID#G 番  
Student ID No.

ふりがな  
氏名  
Name in Full ㊟ Signature

生年月日 年 月 日  
Date of Birth Year Month Day

私は、下記のとおり休学したいので、許可くださるようお願いいたします。

I hereby submit a petition for a leave of absence during the time listed below for the following reason.

### 記

休学の理由

Reason

From To  
休学期間 年 月 日～ 年 月 日  
Term of leave of absence Year Month Day Year Month Day

現住所

Address

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

休学中の連絡先

Contact address  
during leave of absence

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

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

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

主指導教員 氏名 ㊟  
Academic advisor Name Signature

備考/ Notes:

1. 病気の場合は医師の診断書、その他の場合は理由書を添付すること。

In case of illness, attach a doctors' examination certificate. Otherwise, attach the appropriate papers.

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	経理室	総務

学長	研究科長	所属長	受付

学生データベース入力日	入力者	確認
年 月 日		