**復学願**

**PETITION FOR RE-ENROLLMENT**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年Year |  | 月Month |  | 日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 |
| ふ　り　が　な |  | Signature |
| 氏　　　名Name in Full |  |
| 生年月日Date of Birth |  | 年Year |  | 月Month |  | 日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 |  |
| 休学期間Term of leave of absence | From | To |
|  | 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）Guarantor (Ⅰ) | 氏名Name |  | Signature |
|  | 保証人（Ⅱ）Guarantor (Ⅱ) | 氏名Name |  | Signature |
|  |  |  |  |
|  | 主指導教員Academic advisor | 氏名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 | 経理室 | 総　務 |  | 学長 | 研究科長 | 所属長 | 受　付 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学生ﾃﾞｰﾀﾍﾞｰｽ入力日 | 入力者 | 確認 |
| 　　　年　　　月　　　日 |  |  |