

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	
ふりがな 氏名 Name in Full			Ⓜ Signature
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 年 Year	月 Month	日 Day
	To 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 Name	Ⓜ Signature
保証人 (II)	氏名 Name	Ⓜ Signature
主指導教員	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

学生データベース入力日	入力者	確認
年 月 日		