

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 昭和・平成 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	経理課	総務課

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
20 年 月 日		