

# 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		氏名 Signature		
生年月日 Date of Birth	昭和・平成	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			
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	氏名	氏名
Guarantor (I)	Name	Name	Name

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

主指導教員	氏名	氏名	氏名
Academic advisor	Name	Name	Name

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

学生データベース入力日	入力者	確認
20 年 月 日		