

指導教授署名
Supervising Professor's Signature

復学願

Application for Returning to School

申請日
Application Date / /

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長 殿

To the Dean of Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Science, Okayama University

学部・研究科等 医歯薬学総合研究科
Faculty / Graduate School Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences
 学科・課程・専攻等 専攻
Department / Degree / Course
 学 生 番 号
Student ID Number
 氏 名 (自署)
Applicant's Name (Signature)

このたび、下記により復学いたしたいので、関係書類を添えてお願いします。
 I hereby request to return to the graduate school for the following reasons with the attached documents.

復学年月日 年 Year 月 Month 日 Day
 Date of Withdrawal

休学許可期間 From 年 Year 月 Month 日 Day から
 Permitted Period of Leave of Absence to 年 Year 月 Month 日 Day まで

復学の理由（該当の理由に○をつけてください。） Please circle the reason for returning to university below.

休学理由の消滅のため Due to no longer having a reason to take a leave of absence.

※留意事項 Important

1. 病気、けがにより休学した者が復学する場合は、医師の診断書を添付してください。
Those who have taken a leave of absence due to illness or injury and wish to return to school are supposed to attach a medical certificate issued by a doctor.
2. 氏名欄への署名は、必ず本人が自署してください。
The signature in the name box must be signed by the applicant.
3. 特に理由を記したい場合は、裏面に記入してください。
Please indicate the details of the reason on the back of the form.

(裏面 Backside)

[illegible]