

指導教授署名
Supervising Professor's Signature

休 学 願

Application for Temporary Leave from 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、下記により休学いたしたいので、関係書類を添えてお願いします。

I hereby request to temporarily leave from the university for the following reason with the attached documents.

休学期間	From	年 Year	月 Month	日 Day	から
Date of Withdrawal	to	年 Year	月 Month	日 Day	まで

休学の理由(該当の理由に○をつけてください。) Please circle the reason for the temporary leave below.

- | | |
|---|---|
| 1. 病気, けがのため
Health problems | 2. 意欲喪失
Loss of motivation |
| 3. 学業不振
Poor academic performance | 4. 進路再考
Transfer to a different school |
| 5. 家庭の事情
Family issues | 6. 経済的理由
Financial difficulties |
| 7. 勤務の都合
Work-related issues | |
| 8. 留学等のため(留学・語学研修・海外インターンシップ・海外ボランティア)
Study abroad, etc. (study abroad, language training, overseas internships, overseas volunteer work) | |
| (留学先国・地域名 Country/Region of study) | |
| (留学先国・地域名 Country/Region of study) | |
| 9. その他 簡単に理由を記入してください。Please specify briefly if any other reason.
() | |

※留意事項 Points to Note

- 氏名欄への署名は、必ず本人が自署してください。
Applicant must sign this form himself/herself. Do NOT have anyone else sign on the applicant's behalf.
- 学生証を必ず添付してください。
Please attach your Student ID to the application form.
- 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.

--- The following is for official use only -----

事務確認欄: 授業料納入 ☐済☐未 奨学金 ☐有☐無 ☐システム入力
(☐休学中)授業料免除申請 ☐有☐無☐卒業時期延長の有無・授業料徴収額に関する説明 ☐システム入力今回申請分に係る授業料徴収・免除月数(授業料減免となる月に☒を入れる。)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4月	5月	6月	7月	8月	9月	授業料徴収月数	月分	授業料免除月数	月分
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10月	11月	12月	1月	2月	3月	授業料徴収月数	月分	授業料免除月数	月分

(※ 授業料免除月数は1学期あたり2月とする。)

理由書
Statement of Reason

医歯薬学総合研究科

Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences

病態制御科学専攻

Biopathological Sciences

Student ID Number

Applicant's Name (Signature)

[illegible]