|  |
| --- |
| 指導教授承 認 印 |
|  |

**復 学 願**

平成　　年　　月　　日

山　口　大　学　長　　殿

平成　　年度入学

医学系研究科　　　　　　　　専攻

（領域名　　　　　　　　　　）

学籍番号

 　　　　　　　 印

 （保護者等又は学資負担者）

住 所 〒

氏　　名 印

下記により復学したいので御許可くださるようお願いします。

記

復学年月日 平成　　 年　　 月　 　日

事 由

* 休学事由が病気の場合は，医師の診断書を添付

休学許可期間

平成 　　 年　 　月　　 日　～　平成　　　年　　 月　　 日

休学事由