|  |
| --- |
| 指導教授承 認 印 |
|  |

　 　休　　学　　願

令和　　年　　月　　日

山　口　大　学　長　　殿

平成・令和　　　　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　〒

保護者等氏名　　　　　　　　　　　　　　印

※学生・保護者等の押印は，それぞれ異なる印鑑を使用してください。

下記により休学したいので御許可くださるようお願いします。

記

期　　間　　令和　　　年　　　月　　　日から

令和　　　年　　　月　　　日まで

事　　由（該当の理由１つに○を付してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．経済的理由 | ２．家庭の都合 | ３．妊娠・出産・育児 |
| ４．疾　病（※） | ５．海外研修（留学） | ６．勤務の都合 |
| ７．進路検討 | ８．意欲低下 |   |
| 10．その他：理由を簡潔に記入してください。 |
| 　　（　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※事由が疾病の場合は，医師の診断書を添付してください。