復　　　学　　　願

令和　　年　　月　　日

旭川医科大学長 殿

|  |  |
| --- | --- |
| 学　　　年 | 第　　　学年 |
| 専攻名 |  |
| 学生証番号 |  |
| 氏　　　名 | ㊞ |
| 勤　務　先 |  |

　＜連帯保証人＞

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 氏　　　名 | ㊞ |

　　年　　月　　日から　　　　　　　　　　　のため休学中のところ

令和　　年　　月　　日から下記の理由により復学したいので許可下さるよう

お願いいたします。

記

復学の理由

上記の復学を承認する。

指導教員　　　　　　　　　　　　㊞

（備考）

疾病による休学をしていた場合には、医師の診断書を添付すること。