

復 学 願

令和 年 月 日

鳥取大学長 殿

平成・令和 年度入学 医 学部 学科 専攻  
医学系 研究科 専攻 課程

学生番号 \_\_\_\_\_

氏 名(自署) \_\_\_\_\_

記名・押印でも可。

下記のとおり復学したいので許可くださるようお願いいたします。

記

理由 \_\_\_\_\_

復学年月日 令和 年 月 日

休学期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

学級教員、指導教員等氏名(自署又は押印) \_\_\_\_\_

(注意事項)

\*休学理由が病気、けがであった場合は、医師の診断書を添付してください。

\*学級教員、指導教員等の確認を受けてから提出してください。

長期履修申請	担当者
<input type="checkbox"/> 有 期間短縮 (あり・なし) ありの場合短縮後終期 ( 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 無	