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)

下記のとおり復学したいので許可くださるようお願いします。

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 |
| □有期間短縮（あり・なし）ありの場合短縮後終期（　　年　　月　　日）□無 |  |