年　　月　　日

神戸大学大学院医学研究科長　殿

医学研究科（・医科学専攻　・ﾊﾞｲｵﾒﾃﾞｨｶﾙｻｲｴﾝｽ専攻）

（※どちらかに○をつけて下さい。）

所属分野：　　分野

学籍番号：　　M　　M

住　　所：〒　　－

氏　　名：

（電　　話：　　－　　－　　）

（E-mail　：　　@　　）

復　　学　　願

下記のとおり復学したいので御許可願います。

記

１．事　　由

２．復学年月日

年　　月　　日

注　病気の場合は健康診断書添付のこと

指導教員 承 認 印

学生の身分異動等チェックシート

学生から身分異動等の申し出があった場合は、学生が直接異動内容を記入のうえ（学生が記入できない場合は担当者が記入のうえ）、学生支援課にFAX（８０３－５４３９）いただくとともに、①②に該当する学生には速やかに学生センターへ行くよう指示願います。

なお，全て「いいえ」の場合でもFAXいただきますようお願いします。

令和　　年　　月　　日

研究科等担当係名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以下のとおり報告します。

学部等名	
学籍番号	
氏　　名	
連 絡 先	ＴＥＬ：　　－　　－ 携 帯：　　－　　－ E-mail:　　@

＜学生支援課チェック欄＞

	共有：生活支援グループ

（集約：奨学支援グループ）

【異動内容】　休学　退学　留学　除籍　復学　改姓

※該当内容に〇を付してください。

異動年月日：令和　　年　　月　　日付（休学・留学以外の場合に記入してください。）

期間：　令和　　年　　月　　日（　）～　　年　　月　　日（　）

（休学・留学の場合に記入してください。）

理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

*留学の場合、以下も記入してください。

交換留学　・　私費留学　（該当に〇をつけてください。）

奨学金　有　（奨学金名：　　）・　無

留学先　国名：　　学校名：

①　下記の奨学金を給貸与中、又は申請中ですか。当てはまるものに「✔」を入れてください。

奨 学 金 種 類	給貸与中	申請中
日本学生支援機構　給付奨学金（学部生のみ対象）		
日本学生支援機構　貸与奨学金（第一種・第二種）		
民間財団・地方奨学金		

左 記 に 該当なし

民間財団・地方奨学金を給貸与中の場合 ⇒ 奨学金（団体）名：【　　】

②　当該学期の授業料免除を申請中ですか。　・はい　・いいえ

③　学生寮に入居していますか。　・はい　【寮　名　：　　】　・いいえ

④　学生教育研究災害傷害保険（学研災）に加入していますか。

・はい　・いいえ　・分からない

今年度の定期健康診断を受検していない方へ

学生健康診断規程に基づき，定期健康診断を受検していない方は，当該健康診断と同等の実施項目を含む（病・医院等での）健康診断証明書を保健管理センターに提出しなければなりません。

各学年の実施項目は次のとおりです。病・医院等で健康診断証明書の発行を受ける時にはこの項目を含んでいることを確認してください。

新入生（大学院生，研究生等の新入生を含む）
：胸部Ｘ線撮影・身長・体重・視力・血圧・検尿・内科検診

２・３年次生：胸部Ｘ線撮影・身長・体重・血圧

４　年　次　生：胸部Ｘ線撮影・身長・体重・視力・血圧・検尿・内科検診

大学院生，研究生等で新入生以外の者
：胸部Ｘ線撮影・身長・体重・（視力）・血圧・（検尿）・（内科検診）
但し，（　　）書は，大学院課程最終学年と研究生等の希望者のみ。

なお，社会人等で職場などにおける定期健康診断（本学における実施項目を含んでいるもの）を毎年受検している方は，その結果のコピーを提出することによって受検に替えることができる場合がありますので，希望される方は保健管理センターに相談してください。

神戸大学保健管理センター

〒６５７－８５０１

神戸市灘区六甲台町１番１号

Tel（０７８）８０３－５２４５

健　康　診　断　書　（復学意見書）

＜本人記入欄＞　　No.（　　）

入学年度（平成　　年度）　学部（　　）学番（　　）

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　昭和・平成　　年　　月　　日生

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

休学開始日（　　年　　月　　日）　復学希望日（　　年　　月　　日）

＜主治医記入欄＞

休学の原因となった傷病名

休学時の一般所見，検査成績

一般所見：

検査成績：

胸部Ｘ線撮影（撮影年月日）
直接No.　（　年　月　日）
間接No.　（　年　月　日）

所見

休学中の経過

病状・治療の経過：

検査成績の推移：

胸部Ｘ線撮影（撮影年月日）
直接No.　（　年　月　日）
間接No.　（　年　月　日）

所見

現在の一般所見，検査成績

一般所見：

検査成績：

以上により復学可能と認めます。　　年　　月　　日

主治医：住　所　　TEL（　　）

氏　名　　㊞

神戸大学保健管理センター所長　　殿

注）①疾病のため休学中の方が復学を希望するときは，上記様式の復学意見書を保健管理センターに提出してください。
②疾病の種類が感染性疾患の場合は，復学意見書発行時に既に「他への感染の恐れが無い」状態であることを明記してください。結核性感染症の場合は，胸部 X 線撮影所見ならびに喀痰検査所見の経過についても記載ください。
③休学中の定期健康診断を受検していない方は，復学時に当該健康診断と同等の実施項目を含む健康診断証明書の提出が必要となりますので，裏面の検査項目を含んだ健康診断証明書を別途作成していただくか，この復学意見書に検査結果を併記していただいてください。