

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 ・ バイオメデ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 〒

自宅電話

携帯電話

メールアドレス

氏 名

休 学 願

下記のとおり休学したいので御許可願います。

記

1. 理 由

2. 期 間 自 年 月 日

至 年 月 日

授業料納付 確認印	指導教員 承認印

注1：住所欄には、休学期間中確実に連絡できる住所を記入してください。

なお、提出後に住所・電話番号を変更した場合、速やかに本研究科教務学生係に申し出てください

注2：休学の理由が病気の場合は、必ず診断書添付してください。

注3：休学期間延長の場合は、授業料納付確認印は不要です。