

年 月 日

神戸大学大学院医学研究科長 殿

医学研究科医療創成工学専攻
(前期課程 ・ 後期課程)
※どちらかに○を付けてください。

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. 理由

2. 復学年月日 年 月 日

注 病気の場合は健康診断書（復学意見書）添付のこと。

指導教員 承認印