年　　月　　日

神戸大学大学院医学（系）研究科長　殿

医学（系）研究科医療創成工学（領域・専攻）
（　前期課程　・　後期課程　）
※どちらかに〇を付けてください。

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