年　　　　月　　　　日

神戸大学医学部長　殿

医学部医療創成工学科

学籍番号：　　　　　　　　　　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 |
|  |