

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