

指導教員署名 _____

復 学 願

令和 年 月 日願出

徳 島 大 学 長 殿

大学院口腔科学研究科 _____ 課程

_____ 専攻 第 _____ 年次

学生番号

署 名

保証人署名

このたび、下記により復学したいので、御許可くださるよう保証人連署をもって
お願いします。

記

1 復学の理由

2 復学希望年月日 令和 年 月 日

3 休学を許可された期間 令和 年 月 日から
令和 年 月 日まで

注：疾病のため休学した者は、医師の診断書を添付すること。

奨学金確認印 印