

復 学 願

年 月 日

佐 賀 大 学 長 殿

フリガナ			年度入学
学生氏名		所 属	<input type="checkbox"/> 医学系研究科 博士課程 医科学専攻 <input type="checkbox"/> 先進健康科学研究科 修士課程 医科学コース <input type="checkbox"/> 先進健康科学研究科 修士課程 総合看護科学コース
学籍番号		住 所	(〒) 市
保護者等氏名 (自 署)		住 所	(〒) 市

※入学時に大学に届け出た保護者等氏名(父母、配偶者等)を必ず記入ください。

下記の事由により、 年 月 日に復学したいので、許可願います。

休学許可期間	年 月 日 から	年 月 日 まで
--------	----------	----------

記

復学 の 事 由	<input type="checkbox"/> 病气事由の解消 <small>(医師の診断書を添付すること)</small> <input type="checkbox"/> 経済的事由の解消 <input type="checkbox"/> 語学研修期間終了 <input type="checkbox"/> 留学期間終了 <input type="checkbox"/> 修学上事由の解消 <input type="checkbox"/> その他() いずれかにチェックし、詳細を記入して下さい。	【詳細な事由】
-------------------	---	----------------

指導教員 学科主任 学生委員 等の所見	記載者氏名 _____
------------------------------	-------------

経理調達課		学生生活課			留学生交流室		教務課各教務担当	
								確認者印
授業料 納入 確認	確認者印	授業料 免除申請 有無確認	確認者印	奨学金 受給有無 確認	確認者印	留学関係 ビザ関係 確認	確認者印	記載内容確認
								教務課教務情報管理担当 確認者印
								資料と願出確認
								休学期間確認