復　　学　　願

|  |  |
| --- | --- |
| クラス担任  学年担当  指導教員  確認印 |  |

　　年　　月　　日

滋賀医科大学長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度入学 | 医学部 | 医学科 | 第　　学年 |
| 看護学科 |
| 医学系研究科 | 博士課程 |
| 修士課程 |

学籍番号

ふ り が な

氏　　　名

下記事由により復学したいので、ご許可くださるようお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 復学事由 |  |
| 復学年月日 | 年　　月　　日 |
| 休学許可期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |

（備考）　病気で休学していた場合は、医師の診断書を添付すること。