

専攻長 Head of Department	指導教員 Academic Advisor

復 学 願 Request for Resumption of Studies

_____年 ____月 ____日
Year Month Day

東京大学大学院新領域創成科学研究科長 殿
Dean of the Graduate School of Frontier Sciences, The University of Tokyo

学籍番号 Student ID No.	_____	氏名 Name	_____
------------------------	-------	------------	-------

入進学年月日等 Date of Enrollment / Advancement	_____年 ____月 ____日 Please check one ; <input type="checkbox"/> 入学 Enrollment <input type="checkbox"/> 進学 Advancement Year Month Day Please check one ; <input type="checkbox"/> 修士課程 Master's Program <input type="checkbox"/> 博士課程 Doctoral Program
専攻名 Name of Department	_____
住 所 Address	(〒 _____)
電 話 Phone	自宅 Home: _____ 携帯 Mobile: _____
メールアドレス E-mail	① _____ @ _____ ② _____ @ _____

私は、下記理由によって復学したいので、許可願います。
I would like to request approval for resumption of studies.

記

1. 理 由 _____
Reason

2. 復学年月日 _____年 ____月 ____日
Date of Resumption Year Month Day

休学した理由 _____
Reason for Leave

休学許可期間 _____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日
Approved Period of Leave Year Month Day Year Month Day

(注意) 休学の理由が病気であった場合は医師の診断書を添付すること。
(Note) Attach Medical Certification if leave was taken due to illness.

該当する場合は記載すること。 To be filled if applicable.

日本学生支援機構 奨学生番号 Japan Student Services Organization Scholarship Recipient No.	_____	その他の 奨学会名 Other Scholarship Association	_____
---	-------	---	-------

事務記入欄 For Office Use

授業料納付済確認 Confirmed Tuition Paid in Full	_____
--	-------