|  |  |
| --- | --- |
| 指導教員認　　印 |  |

休　　　学　　　願

令和　　年　　月　　日願出

徳　島　大　学　長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　学生番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

医学研究科　（修士・博士）　課程

　　　　　　　　専攻　　　　　　　　　　　　分野　第　　年次

署　　　名

保証人署名

（※届け出ている方の署名）

　このたび、下記により休学したいので、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．休学の理由

２．休学の期間　　　令和　　　年　　　月　　　日から

令和　　　年　　　月　　　日まで　　　　　月間

　　　　　　　　　　　　　　　　　　休学累計（　　 年　 　か月）

３．休学中の居住地

〒

TEL(　　　　　)　　　　-

注：疾病のため休学しようとするときは、医師の診断書を添付すること。

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　授業料納付確認印　　　印