指導教官 認　　印	

休　　学　　願

令和　　年　　月　　日願出

徳　島　大　学　長　　殿

学生番号

医科学教育部（修士・博士）課程

（医科学・医学）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　　ヵ月間
　　休学累計（　　年　　ヵ月）

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