|  |  |
| --- | --- |
| 専攻長  Head of Department | 指導教員  Academic Advisor |
|  |  |

様式 B-2

Form B-2

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　　Please check one　； □入学　Enrollment　□進学 Advancement  　　　Year　　　　Month  Please check one　； □修士課程　Master’s Program　□博士課程　Doctoral Program |
| 専 攻 名  Name of Department |  |
| 住　　　所　Address | （〒　　　　－　　　　　） |
| 電　　　話　Phone | 自宅　Home：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　携帯　Mobile： |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　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 | | |  | |