　　年　　月　　日

神戸大学大学院工学研究科長　殿

工学研究科　博士課程　　 期課程

　　 　　　　　 　　　　　 専攻

学籍番号　　　 　　 　　　　番

住　　所　 〒

電話番号

e-mail

氏 名

**復　　　学　　　願**

下記のとおり復学したいので御許可願います。

記

１理　由

２復学年月日　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

注　病気の場合は健康診断書（復学意見書）添付のこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 教務学生係記入欄 | |
| 「学生の身分異動等チェックシート受領書」受付番号 |  |
| システム入力 |  |