

復 學 願
Request for Resumption of Studies

____年 ____月 ____日
Year Month Day

東京大学 学部長 殿
Dean of the Faculty of _____, 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 Year Month	Please check one ; <input type="checkbox"/> 入学 Enrollment <input type="checkbox"/> 進学 Advancement	
所 属 Department Affiliated to	科 類 ex.文科一類		組 Class
	学科等 Department／課程 Course		
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. 復学理由 _____
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 of Absence

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 in 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	
--	--