

# 休学願 *Request for Leave of Absence*

(西暦) 年 月 日  
*Year / Month / Day*

東京都立大学学長 殿  
*President, Tokyo Metropolitan University*

人間健康科学研究科 人間健康科学専攻 学域 博士 期課程 年次  
*The Graduate School of Human Health Sciences, The Department of (Master's · Doctoral) Course, The (1st · 2nd · 3rd) Year*

学修番号

*Student ID No.*

住所〒

*Address*

氏名(自署)

*Name (in block letters)*

印  
*Seal (Signature)*

保証人住所

*Address of Guarantor*

氏名(自署)

*Name of Guarantor (in block letters)*

印  
*Seal (Signature)*

私は下記の理由により休学したいので、大学院学則第19条の規定に基づき願い出ます。

*I hereby request for leave of absence for the following reason(s), pursuant to the provisions of Article 19 of the Graduate School Regulations.*

記

## 1 理由

*(Reason(s) for Leave)*


## 2 期間

*(Duration)*

(西暦) 年 月 日 から

*From (Year / Month / Day)*

(西暦) 年 月 日 まで

*To (Year / Month / Day)*

## 3 休学中の連絡先

*(Contact address during Leave of Absence)*

住所〒

*Address*

電話番号

*Telephone No.*

メールアドレス

*Email*

指導教員氏名

*Supervisor*

印  
*Seal (Signature)*

※大学記入欄

*\*For University Use*

奨学金確認 <i>Confirmation Concerning Scholarships</i>			
受給 <i>Recipient</i>	有・無 <i>Yes / No</i>	手続 <i>Execution Status</i>	