

休学願
Request for Leave of Absence

(西暦) 年 月 日
Year / Month / Day

首都大学東京学長 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>	