

指導教授印

休学願

令和 年 月 日

弘前大学大学院医学研究科長 殿

大学院医学研究科 年(平成・令和 年度入学)

所属領域 _____

所属教育研究分野 _____

所属大学院講座 _____

住所 〒

氏名 ふりがな (印)

(学籍番号)

連帯保証人住所
〒

連帯保証人氏名 (印)

下記の理由により休学したいので、許可くださるようお願いいたします。

記

1. 休学理由

2. 休学期間

自 令和 年 月 日 年 月
至 令和 年 月 日

3. 通算

年 月

本研究科においてこれまで休学した年数(月数)を全て記入してください。
ただし休学が断続で繰り返されている場合は休学期間を **NO.1 別表** に記入
してください。

*病気の場合は診断書を添付すること。

休学の履歴

氏 名
(学籍番号)

	過 去 に 休 学 し た 期 間					
1	自	年	月	日	年	月
	至	年	月	日		
2	自	年	月	日	年	月
	至	年	月	日		
3	自	年	月	日	年	月
	至	年	月	日		