

復学願

年 月 日

岩手県立大学長 様

学 部 (研究科) _____ 学 科 (課程) _____

学 籍 番 号 _____

氏 名 _____ 印 _____

保証人氏名 _____ 印 _____

年 月 日から休学中のところ、下記により復学したいので、許可くださるよう保証人連署をもってお願いします。

記

復学希望年月日	年 月 日
理 由	
復学後の 連絡先	〒 _____ 電話 _____

担当教員確認印欄

--

- 備考 1 傷病による休学からの復学の場合には、復学が可能である旨の医師の診断書を添付すること。
2 奨学金の状況について、次の該当する□にレ印を付すこと。
有 (□日本学生支援機構奨学金・□岩手県立大学学業奨励金・□その他)・□無