

復 学 願

平成 年 月 日

九州保健福祉大学学長 殿

(本人)

学生番号 _____

氏 名 _____ 印

〒

住 所 _____

電話番号 () — _____

(第一保証人)

保証人氏名 _____ 印

〒

住 所 _____

電話番号 () — _____

下記休学事由が消滅しましたので復学を願い出ます。

記

| | |
|---------|------------------------|
| [休学事由] | |
| [復学希望日] | 平成 年 月 日 ~ |

※ 復学は原則として当該学生の入学時期となる春期または秋期の年次当初からとなります。

| | | | | | |
|-------|------|--|-----|--|----------|
| 大学記入欄 | 受付月日 | | 処理月 | | 担当 者印 |
|-------|------|--|-----|--|----------|