第９号様式（第８条関係）

**復 学 願**

 年 月 日

　　香川県立保健医療大学長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属　□保健医療学研究科（　　　　　専攻）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□助産学専攻科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□保健医療学部（　　　　　　　学科）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学　　年　　　　　　年

 　　（学籍番号　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保証人氏名

　　次のとおり復学したいので、許可くださるようお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 休学の許可を受けた期間 | 　　　　　　　　　　　年 月 日から 　 　　年 月 日まで  |
| 復 学 年 月 日 | 　　　　　　　　　　　年 月 日 |
| 復　学　理　由 |  |

　注　１　休学の理由が消滅したことを証する書類を添付すること。

　　　２　氏名の記載は自署で行うこと。

　　　３　保証人は、現況届（変更届を含む）で提出されている保証人であること。