

年 月 日

神戸大学理学部長 殿

神戸大学理学部

学科

学籍番号

本人住所〒

氏 名

TEL

復 学 願

下記のとおり復学したいので御許可願います。

記

1 理 由

2 復学年月日 年 月 日

学科長印	教務委員印	指導教員印