　　　　　　　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

℡

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 |
|  |  |  |