

西暦 年 月 日付 休学
西暦 年 月 日研究科教授会承認

休 学 願

昭和大学長 殿

大学院医学研究科 第 学年 学籍番号 番

氏 名

所 属 学分野

生年月日 年 月 日生

私は 年 月 日より 年 月 日まで
により休学いたしたく、保証人、研究分野責
任者の連署をもってお願いいたします。

年 月 日

氏 名 印

保証人氏名 印

研究分野責任者 印

注) 病気の際は医師の診断書を添付すること。