様式4号

|  |
| --- |
| 年　　月　　日  神戸大学　　殿  学部  学科  学籍番号　　　　　　　　　　　番  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 |

注　病気の場合は健康診断書(復学意見書)添付のこと。A4(297mm×210mm)