

年 月 日
year month date

神戸大学大学院国際協力研究科長 殿

国際協力研究科博士課程（前期・後期）課程 GSICS（Master・Doctor）	
専攻 Department	国際開発政策 国際協力政策 地域協力政策 DEDP DICPS DRCPS
学籍番号 Student No.	
氏名 Name	⑩
住所 Address	〒
電話番号 Tel	home : cellular phone :
e-mail	

復学願 Reinstatement

下記のとおり復学したいので御許可願います。

I hereby request permission for reinstatement from the following date
記

- 理由
Reason for the request _____
- 復学年月日
Date of Return _____ 年 月 日
year month date

注) 病気のため休学していた場合は診断書（復学意見書）を添付すること。

Note) If recovering from illness, please attach "復学意見書".

許可日付 (教授会)	会計システム確認