

# 復学願

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

名 寄 市 立 大 学  
学 長 家 村 昭 矩 様

学 籍 番 号 \_\_\_\_\_

本 人 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

保 証 人 住 所 〒 \_\_\_\_\_

保 証 人 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

下記より復学いたしたいので、許可をお願いいたします。

記

復学日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日