

休 学 願

愛知淑徳大学長 殿

このたび下記の事由により休学いたしたいので、許可くださるようお願いいたします。

提出日	(西暦) 年 月 日		
所属	学 部 研究科	学科・専攻 専修	
学籍番号			
本人 (自署)	氏 名	Ⓜ	
	住 所	(〒 -) TEL	
保証人 (自署)	氏 名	Ⓜ	
	住 所	(〒 -) TEL	
休学の事由	<input type="checkbox"/> 病気 (身体疾患) ※診断書添付 <input type="checkbox"/> 病気 (心神耗弱・疾患) ※診断書添付 <input type="checkbox"/> 就学意欲の低下 <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 進路再考 <input type="checkbox"/> 学業不振 <input type="checkbox"/> 就職・起業等 <input type="checkbox"/> その他		
※該当の項目いずれか一つに ☑を入れ、詳細を下段に 記入 (診断書添付の場合を除く)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
休学期間 ※西暦を記入し、該当する 開始日・期間に○を記入	(西暦) _____年 4月1日・10月1日 から 半年・1年		
休学中連絡先 ※該当の項目に☑を入れ、 その他の場合は詳細を記入	<input type="checkbox"/> 本人連絡先と同様 <input type="checkbox"/> 保証人連絡先と同様 <input type="checkbox"/> その他 ()		

(注意)

1. 太線の枠内のみ消えないペンで記入してください。
2. 本人、保証人それぞれ自署、捺印してください(本人と保証人の印は違うものであること)。※シャチハタは不可
3. 休学の事由が「病気(身体疾患)」「病気(心神耗弱・疾患)」の場合は医師の診断書を添付してください。
4. 休学期間は1年以内とし、日付は以下のとおりです。
 [前期] 4月1日～9月30日 [後期] 10月1日～3月31日
 [1年] 4月1日～翌年3月31日または10月1日～翌年9月30日
5. 訂正の際は二重線で取り消し、訂正印として本人氏名欄に捺印した印鑑と同じ印鑑を捺印してください。
 ただし、保証人自署欄については訂正印として保証人氏名欄に捺印した印鑑と同じ印鑑を捺印してください。

アドバイザー 指導教員 承認

【大学使用欄】

学部長 研究科長	学科・専攻 主任	教授会・研究科委員会承認日
		年 月 日

事務受付日