**獨協大学　再入学願**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2021年 |  | 月 |  | 日 |

獨 協 大 学

　　　　　　　　学部長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 在籍時学部学科名 |  | 学部 |  | 学科 |
| 在籍時学籍番号 |  |

退学又は除籍となった理由、再入学を希望する理由を具体的に記載してください。

|  |
| --- |
|  |
| 現住所 | 〒 |  |
| E-mail |  | 電話番号 |  |

提出先：獨協大学入試課　〒340-8585　埼玉県草加市学園町1-1　　　提出期限：**2021年9月15日（水）必着**