

平成 年 月 日

研 究 生 退 学 願

医 学 部 長 殿

研究生
氏 名

㊟

このたび下記のとおり研究生を退学したいので許可くださるようお願いいたします。

記

日 付：平成 年 月 日付

理 由：

指導教員

㊟