

研究指導認定退学願

平成 年 月 日

医学研究科長 殿

本人 医学研究科
人間健康科学系専攻 _____ コース
平成____年度入学
学生番号 _____

氏名 _____ 印
住所 〒 _____ ☎

E-Mail _____

このたび、下記のとおり研究指導認定退学したいので許可くださるようお願いいたします。

記

◆退学年月日：平成 年 月 日付け

◆退学後の進路等（下の詳細記入欄に具体的な理由を記入してください）

詳細記入欄 _____

◆授業料等納入状況

授業料：該当する事項を○で囲んでください。

平成____年度____期分または____月分 納付済・全額免除

注1：学生証を返却してください。

2：研究指導認定退学願提出後、何分の連絡がない限り許可したものとします。

3：記名押印は自筆署名をもってかえることができます。

4：日本学生支援機構奨学金受給者は、学生センターへ異動届を提出してください。