

教授承認印	
指導教員印	

死 亡 届

西暦_____年___月___日

医学研究科長 殿

医 学 研究科	専 攻										
年度 入学	進学 編入学										
氏 名	回 生										
学生番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

上記の者_____のため西暦_____年___月___日

死亡しましたのでお届けします。

届 出 人： _____[㊟]

(本人との続柄： _____)

届出人現住所： 〒 _____ Tel _____

注 : 医師の死亡診断書または死亡を証明する書類を添付してください。
正規生に限り、死亡日翌月以降分の授業料については返還しますので、別途お渡しします「様式 2 - 1 4 返還金振込依頼書」をご提出願います。