

教授承認印	
指導教員印	

研究指導認定退学願

西暦 _____年 ____月 ____日

医学研究科長 殿

医学 _____ 研究科 _____ 専攻 _____

年度 進学 編入学 _____ 回生 _____

学生番号

					-								
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

氏名 _____ (自署) _____ (印)

住所 〒 _____ (携帯) 電話 _____

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

◆研究指導認定日：西暦 2024 年 3 月 25 日付け

◆退学年月日：西暦 2024 年 3 月 31 日付け

◆退学後の進路： 就職先・進路先等 _____ 身分 _____

◆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。

2023 年度 後 期分又は _____ 月分 納付済・全額免除

(4月中に前期以降の、または10月中に後期以降の退学の願い出があった場合は、月割計算により退学日翌月以降の授業料は免除されます。)

◆日本学生支援機構奨学金の受給状況： 有 (注4:を参照) ・ 無

注1：有効期限内の学生証は返却してください。

2：願出後、退学年月日までに何分の連絡がない限り許可したものとします。

3：氏名欄は自署してください。

4：日本学生支援機構奨学生は、教育推進・学生支援部学生課奨学掛へ異動届を提出してください。

5：学研災及び付帯賠償保険の加入期間を1年以上残して退学される場合、手続きすれば残期間分の差額保険料が返金されます。返金を希望される者は、教育推進・学生支援部厚生課厚生掛へ申し出て下さい。

提出期日：2024年2月13日(火)