

年(year) 月(month) 日(day)

研 究 生 辞 退 願
Enrollment Withdrawal Request

医 学 部 長 殿
To: Dean, Faculty of Medicine, Kyoto University

研究生(Research Student)
氏 名(Name)

印

このたび、 年(year) 月(month) 日(day) から 年(year) 月(month) 日(date) まで、研究生として入学・継続を許可されていましたが、下記の理由で辞退したいので許可くださるようお願いいたします。

I was granted admission to enroll / continue as a Research Student for the period from (month day, year) to (month day, year). However, I hereby wish to withdraw this enrollment due to the reasons stated below.

記

理 由(Reason for Withdrawal) :

指導教員 氏名・署名
(Supervisor name・signature)

印