　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

医 学 系 研 究 科 長　　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学  生 | 学籍番号 |  |
| 課程・学年 | 保健学専攻　博士　　　課程　　年次 |
| フリガナ  氏名(署名) |  |
| 住　　所 | (〒　　－　　　) |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家族  ・親族等 | 氏名(署名) |  |
| 住　　所 | (〒　　－　　　) |
| 電話番号 |  |

※.社会人の場合、家族・親族欄は『社会人のため、記載なし』と記入可

**退　　　学　　　願**

下記により、退学したいので許可願います。

記

退学理由（具体的に記入すること。就職の場合はその旨を記入のこと。

博士後期課程を単位修得退学の場合は、その旨及び就職先を併記すること。）

退学希望日　　　　　　年　　月　　日

　　　※退学理由が病気の場合は、医師の診断書を添付すること。

○奨学援助等の有無　　授業料の免除申請　　　：（　有　・　無　）

　　　　　　　　　　　奨学金の貸与・給与　　：（　有　・　無　）

　　　　　　　　　　　日本学生支援機構奨学金：（　有　・　無　）

　　　　　　　　　　　ＴＡ・ＴＦ又はＲＡ　　：（　有　・　無　）

注）奨学金の貸与・給与をうけている場合は、学生センターで手続きしてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指導教員  署名 |  |  | 教務係記入欄 | 日　付 | 担当者 |
| 授業料納入確認 |  |  |
| 学生異動登録入力 |  |  |
| 学生異動承認入力 |  |  |