

指導教官 認 印	
-------------	--

退 学 願

令和 年 月 日願出

徳 島 大 学 長 殿

学生番号

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

医学研究科

課程

専攻

分野 第 年次

署 名

保証人署名

(※届け出ている方の署名)

このたび、下記により退学したいので、御許可くださるよう保証人連署をもって
お願いします。

記

1. 退学の理由

2. 退学希望年月日 令和 年 月 日

注：疾病のため退学しようとするときは、医師の診断書を添付すること。

授業料納付確認印 印