

年 月 日

日本医科大学長
弦間 昭彦 殿

主分野大学院教授の印

本人 医学研究科 第 年次

分野:

氏名: _____ 印

保証人 住所:

氏名: _____ 印

退 学 願

私は、下記の理由により 年 月 日付をもって退学したいので
ご承認くださるよう保証人連署の上、お願いします。

記

1 理 由 :

* 学生証を添付すること。

また、疾病のための退学を願い出る場合は、医師の診断書も添付すること。

* 希望する退学月の前月の20日(休日の場合はその前日)までに提出すること。