

年 月 日

日本医科大学
学長 弦間 昭彦 殿

大学院教授印

_____分野

指導者 _____ 印

研究生・特別研究生退籍願

専攻分野名

研究場所

氏 名 _____ 印

私は、下記の理由により _____ 年 月 日付をもって研究生・特別研究生を退籍
したいので、承認願います。

記

1. 理 由 :