

(見 本)

平成 年 月 日

指導教員 承認印	
-------------	--

神戸大学大学院医学研究科長 殿

医学研究科 医科学専攻
バイオメディカサイエンス専攻
○○○○分野 ←所属分野名を記入
学籍番号 M
住所 氏名 印

退 学 願

下記のとおり退学したいので御許可願います。

記

1. 理 由

所定の単位修得のため

2. 退学年月日

秋なら 9月 30日

平成 29年 3月 31日

授業料

必ず管理課経理係で
確認印をもらって下さい。

単位修得退学者 各位

医科学専攻教務学生係

課程博士（甲）の学位を申請するためには、単位修得退学後2年半以内に再入学しなければなりません。
なお、再入学の出願期限は、下記のとおりですので、期限内に必ず出願手続きを行ってください。
また、再入学後は半年間しか在籍できませんのでご注意願います。

記

(出願期限)

4月1日再入学の場合：2月20日まで（土日祝日の場合は、その翌日）

10月1日再入学の場合：8月20日まで（土日祝日の場合は、その翌日）

(必要書類)

1. 再入学願（以下の URL より様式をダウンロードしてください。）

<http://www.med.kobe-u.ac.jp/GRADN/DRC/drc-download.htm>

2. 検定料

振込用紙を郵送もしくは窓口でお渡ししますので、問い合わせ先までご連絡ください。

(その他必要経費)

1. 入学料

2. 授業料半期分

※詳細は、入学手続き時にご案内します。

(問い合わせ先)

神戸大学医学部学務課医科学専攻教務学生係

〒650-0017 神戸市中央区楠町7丁目5-1

直通電話：078-382-5193

メールアドレス：kobegsm@med.kobe-u.ac.jp