

※書類を提出する日
年 月 日提出

神戸大学 医学部長 殿
大学院医学研究科長

指導教員	
承認印	

※指導教員（分野長）の印

医学部
医学研究科 研究生

所属講座

教育研究分野

学籍番号

住 所

フリガナ
氏 名

退 学 願

下記のとおり退学いたしたいのでご許可下さるようお願いします。

記

1 理 由 ※「学位取得見込みのため」等

2 退学年月日（年月日は西暦で記入のこと）

西暦 年 月 日 ※退学年月日は空白のまま持参し、提出時に窓口でご
相談ください。通常 9 月 30 日、3 月 31 日での退学
となりますがその限りではありません。

（注意）医学部管理課経理係で授業料納入の確認を受けること

※大学記入欄

授 業 料 納 入 確 認 年 月まで