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 |   |   |

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

2 　退学年月日（年月日は西暦で記入のこと）

 西暦 年 月 日

|  |
| --- |
|  |

 （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