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