年　　　　月　　　　日

神戸大学医学部長　殿

医学部医療創成工学科

学籍番号：　　　　　　　　　　Ｍ

住所：〒　　　　－

氏名：

（電話：　　　　　－　　　　　－　　　　　）

（E-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　）

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

２．退学年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

注　病気の場合は診断書添付のこと。

|  |
| --- |
| 指導教員  承認印 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 教務担当記入欄 | |
| 授業料確認日 |  |
| 教務システム入力日 |  |