

授業料収納確認

退 学 願

令和 年 月 日

弘前大学長 殿

医学研究科医科学専攻 _____ 講座

平成 _____
令和 年度入学 学籍番号: _____ (年)

ふりがな
氏 名(自署): _____

住 所:〒 _____

(電話番号) _____

連帯保証人(身元引受人)
ふりがな
氏 名(自署): _____

住 所:〒 _____

(電話番号) _____

下記理由により退学したいので、許可くださるようお願いいたします。

記

退学理由

退学理由を選択し、具体的に記載してください。		
☐ 進路変更	☐ 病気・怪我のため	
☐ 修学意欲の減退	☐ 家庭の事情	
☐ 経済的理由	☐ 職務復帰・専念	
☐ 海外留学・研修	☐ 論文執筆・受理待ち	
☐ その他 ()		

退学年月日 令和 年 月 日

指導教員等所見(特記すべきことがある場合のみ記載)

指導教員等氏名(自署) _____

(注)本人及び連帯保証人(身元引受人)欄は、必ずそれぞれが自署してください。