

指導教員印	
-------	--

# 退 学 願

年 月 日

大分大学長 殿

本 人 医学系研究科 修士課程 専攻  
学籍番号  
(ふりがな)  
氏 名  
住 所 (〒      -      )

電話番号

(ふりがな)  
保証人 氏 名 ⑩  
住 所 (〒      -      )

電話番号

下記のとおり退学したいので、許可くださるよう保証人連署をもってお願いいたします。

記

退学希望年月日      年      月      日

退学理由

- ①学業不振      ②就職      ③留学      ④進路変更      ⑤健康上の理由  
⑥経済的理由      ⑦家庭の事情      ⑧その他 (      )

※記入した理由は今後の参考のため統計データとしてのみ使用しますが、理由を明らかにしたくない場合はその他の欄に「一身上の都合」と記入してください。なお、統計データで個人が特定されることはありません。

(授業料納入確認      年度      分納入済)