退　　　学　　　願

令和　　年　　月　　日

　鳥取大学医学部長　　殿

令和　　　年度入学　研究生

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

　今般下記理由により令和　　　年　　　月 　　日付けで退学いたしたいので

ご許可くださるようお願いします。

　　理　由

指導教員（署名）