退　　　学　　　願

令和　　年　　月　　日

　 鳥 取 大 学 長 殿

　　　　　大学院医学系研究科

平成･令和　　年度入学　 　 　　　課程

　専攻

学生番号

学生氏名（署名）

保護者等氏名（署名）

　　　　　　 のため令和 　年 　月 　日付けで退学したいので

許可くださるよう保護者等連署をもってお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 授　　業　　料 | 担当者 |
| 年度前期・後期  納入済 ・ 未納 |  |