

退 学 願

令和 年 月 日

鳥取大学長 殿

平成・令和 年度入学 医学部 学科 専攻
医学系 研究科 専攻 専攻課程

学 生 番 号 _____

氏 名(自署) _____

保護者等氏名(自署) _____

下記のとお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

退学年月日 令和 年 月 日

理 由： _____ のため

(詳細) _____

(注意事項)

- *理由が書ききれない場合は、裏面に記載してください。
- *理由が病気、けがの場合は、医師の診断書を添付してください。
- *学級教員、指導教員等の確認を受けてから提出してください。

学級教員、指導教員等氏名(自署又は押印) _____

上記の者が退学を願い出ておりますが、事情やむを得ないものと思われまので副申
します。

授業料	担当者
年度 前期・後期 納入済み(月分)・未納・休学	