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　　　　　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すので副申します。

|  |  |
| --- | --- |
| 授業料 | 担当者 |
| 年度　前期・後期  納入済み(　　月分)・ 未納 ・ 休学 |  |