

退学願 Request for Withdrawal

東京医科歯科大学長 殿
President of Tokyo Medical and Dental University

Year 年 Month 月 Date 日

指導教員認印 Supervisor's Seal

Year of Admission 年度入学 School Year 第 学年

- ☐ 修士課程 Master's Program
☐ 博士課程 Doctoral Program
☐ 大学院研究生 Graduate Research Student

Department (分野)

Student ID No. 学籍番号 第

--	--	--	--	--	--	--	--

 号

Name 氏 名 (※)

(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。

Mobile Phone Number 携帯電話番号 — —

E-mail Address @

Name of Parent or Guardian 保護者等氏名 (印)

大学院学則の規定により、下記のとおり退学したいので、ご許可くださ
るようお願いいたします。

Under the provisions of graduate school regulations, I would like to request approval to withdraw as below.

記

1. 退学理由

Reasons

2. 退学日

Date of withdrawal

As of 年 Year 月 Month 日付 Date

注) 退学理由は、できるだけ具体的に記入してください。

Note: Please state reasons for withdrawal as specifically as possible.

財務企画課資金管理係照合欄	
前期授業料	後期授業料