

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(分野長)
認印

Supervisor's Seal

Year of Admission

School Year

_____ 年度入学 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

_____ 年 _____ 月 _____ 日付
As of Year Month 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