

指導教員	氏 名	認印
		㊟

退 学 願

平成 年 月 日

北海道大学大学院医学研究科長 殿

専攻学年 専攻 年

学生番号

氏 名 ㊟

生年月日 昭和 年 月 日生

本 籍

現 住 所

電 話 番 号

連帯保証人 氏 名 ㊟

現 住 所

このたび、下記の理由により平成 年 月 日付けで退学したいので、
許可くださるようお願いいたします。

記

退学の理由（詳細に記入すること）

※ 未納の授業料がある場合は退学できません。

※ 退学願は、退学する日の2週間前までに大学院教務担当へ提出してください。