退　　　学　　　願

令和　　年　　月　　日

旭川医科大学長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 学　　　年 | 第　　　学年 |
| 専攻名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 学生証番号 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏　　　名 | 　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 勤　務　先 | 　　　　　　　　　　　　　 |

　＜連帯保証人＞

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 氏　　　名 | 　　　　　　　　　　　　㊞ |

　このたび下記の理由により，令和　　年　　月　　日付けで退学したいので，許可下さるようお願いいたします。

記

退学の理由

上記の願い出を確認しました。

指導教員　　　　　　　　　　　　㊞