

# 単位取得退学願

## Petition for Withdrawal from School with Credit Acquisition

年 月 日  
Year Month Day

松本歯科大学長 殿  
To the President of Matsumoto Dental University,

大学院歯学独立研究科 Graduate School of Oral Medicine				
学籍番号 Student ID No.	ID #G	番		
所属 Department	講座			
専攻分野 Major Field				
氏名 Name in Full				Ⓜ Signature
生年月日 Date of Birth	昭和・平成	年 Year	月 Month	日 Day

私は、下記のとおり修了に必要な単位(30 単位以上)を修得しましたので、当該年度限りで単位取得退学いたしたく、許可くださるようお願いいたします。

I hereby submit a petition for withdrawal from school with credit acquisition, having acquired the necessary credits (more than 30 credits).

記

単位取得退学年月日 Date of withdrawal from school	年 Year	月 Month	日 Day
主指導教員 Academic Advisor	氏名 Name	Ⓜ Signature	

以下記入不要/ For official use only

修得単位数 Number of acquirement credits	単位 Credits
--	---------------

備考/ Notes:

- 退学年度の1月末日までに提出すること。  
Applicant should submit a petition for withdrawal from school with credit acquisition by the last day of January.
- 本人及び主指導教員の氏名については、自書すること。  
Applicant and academic advisor should enter their own name.

学 長	研究科長	所属長	受 付