

退学願

PETITION FOR WITHDRAWAL FROM SCHOOL

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
氏名 Name in Full		印 Signature
生年月日 Date of Birth	昭和・平成	年 月 日 Year Month Day

〒

住所
Address

TEL/Telephone ()
携帯/Cellular phone ()

私は、下記のとおり退学したいので、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 for the following reason.

記

退学の理由
Reason

退学年月日 Date of withdrawal from school	年 Year	月 Month	日 Day
---	-----------	------------	----------

保証人(I) Guarantor (I)	氏名 Name	印 Signature
保証人(II) Guarantor (II)	氏名 Name	印 Signature

主指導教員 Academic advisor	氏名 Name	印 Signature
---------------------------	------------	----------------

備考/ Notes:

1. 学生証を添えて提出すること。
Attach student identify card.
2. 本人、保証人及び主指導教員の氏名については、自書すること。
Applicant, guarantor and academic advisor should enter their own name.

事務局長	経理課	総務課

学 長	研究科長	所属長	受 付