

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 ID#G 番
Student ID No.

ふりがな
氏名
Name in Full 印
Signature

生年月日 年 月 日
Date of Birth 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 年 月 日
Date of withdrawal from school Year Month Day

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

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

主指導教員 氏名 印
Academic advisor Name 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	経理室	総務

学長	研究科長	所属長	受付

学生データベース入力日	入力者	確認
年 月 日		