

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			
ふりがな 氏 名 Name in Full	Ⓜ Signature		
生年月日 Date of Birth	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

学生データベース入力日	入力者	確認
年 月 日		