

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 氏名
Name in Full Signature

生年月日 昭和・平成 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 氏名
Guarantor (I) Name Signature

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

主指導教員 氏名 氏名
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	経理課	総務課

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
20 年 月 日		