

退 学 願

指導教員	
------	--

令和 年 月 日願出

徳島大学長 殿

学生番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保健科学研究科 課程 第 年次
(領域)
署 名

保証人署名

このたび、下記により退学したいので、ご許可くださるよう保証人連署をもって
お願いします。

記

1 退学 の 理 由

2 退学希望年月日 令和 年 月 日

3 退学後の連絡先
〒

TEL

注：理由が疾病の場合は、医師の診断書を添付すること。

授業料納付確認印 印