

指導教授印

# 退 学 願

令和 年 月 日

弘前大学大学院医学研究科長 殿

大学院医学研究科 年(平成・令和 年度入学)

所属領域 \_\_\_\_\_

所属教育研究分野 \_\_\_\_\_

所属大学院講座 \_\_\_\_\_

住 所  
〒

ふり がな  
氏 名 ⑩

(学籍番号 )

連帯保証人住所  
〒

連帯保証人氏名 ⑩

下記の理由により退学したいので、許可くださるようお願いいたします。

記

退学理由

退学年月日 令和 年 月 日