

指導教授印

大学院医学研究科研究生退学願

令和 年 月 日

弘 前 大 学 長 殿

所属講座名 講座

現住所

ふり がな
氏 名

印

令和 年 月 日付入学

都合により退学したいので、ご許可くださるようお願いいたします。

令和 年 月 日付退学