

研 究 生 退 学 願

令和 年 月 日

旭川医科大学長 殿

研究生

氏 名 印

生年月日 年 月 日

このたび下記の理由により令和 年 月 日付で退学したいので、
許可下さるようお願いいたします。

記

退学の理由 _____

上記のとおり退学を承諾する。

指導教員 職 名

氏 名

印