|  |
| --- |
| 指導教授  承 認 印 |
|  |

　　 退　　学　　願

　　　令和　　年　　月　　日

山　口　大　学　長　　殿

平成・令和　　年度入学

　　　　医学系研究科　　　　　　　　　専攻

　　　　（領域名　　　　　　　　　　　　）

学籍番号

　　　　　　　　　　　　　　　　印

（ 保護者等又は学資負担者 ）

住　　所　〒

保護者等氏名　　　　　　　　　　　　　　印

※学生・保護者等の押印は，それぞれ異なる印鑑を使用してください。

下記により退学したいので御許可くださるようお願いします。

記

退学年月日　　　令和　　　年　　　月　　　日

事　　　由（該当の理由１つに○を付してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １．経済的理由 | ２．家庭の都合 | ３．妊娠・出産・育児 |
| ４．疾　病（※） | ５．進路変更（6,7,8以外） | ６．他大学入学 |
| ７．専門学校等入学 | ８．就　職 | ９．勤務の都合 |
| 10．大学院入学(飛び入学) | 11．所定単位の取得 | 12．意欲喪失 |
| 13．成業見込みなし（在学期間満了見込みを含む。） | | |
| 14．その他：理由を簡潔に記入してください。 | | |
| （　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

※事由が疾病の場合は，医師の診断書を添付してください。