

指導教員署名 \_\_\_\_\_

## 退 学 願

令和 年 月 日願出

徳 島 大 学 長 殿

大学院口腔科学研究科 \_\_\_\_\_ 課程

\_\_\_\_\_ 専攻 第 \_\_\_\_\_ 年次

学生番号

署 名

保証人署名

このたび、下記により退学したいので、御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 住 所  
〒

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

奨学金確認印 印