

指導教員署名欄	
---------	--

退 学 願

令和 年 月 日願出

徳 島 大 学 長 殿

薬学研究科 _____ 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

退学の理由

退学希望日 令和 年 月 日

注：理由が疾病の場合は、医師の診断書を添付すること。

学生係 確認印	授業料 確認印