

# 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