

指導教員印

# 退 学 願

年 月 日

札幌医科大学長様

大学院保健医療学研究科

専攻

学年

学籍番号

氏名

印

連帯保証人氏名

印

別紙理由により 年 月 日付けで退学したいので、承認くださるようお願い  
します。

〈注〉 理由書は、できるだけ具体的に記載し、疾病の場合は医師の診断書を添付すること。