

令和 年 月 日

九州大学大学院医学系学府長 殿
九州大学医学部長 殿

入 学 日 年 月 日

講座・分野

フリガナ

氏 名 印

退 学 願

今般 九州大学大学院医学系学府研究生（A・B）、九州大学医学部（研究生・専修生）として在学中のところ、下記の都合により令和 年 月 日をもって退学したいので、ご許可願います。

記

◎理 由：

指導教員氏名 印

* パーソナルカードは、学務課大学院係へ返却願います。

学生番号		授業料振込日	
------	--	--------	--