

年(Y) 月(M) 日(D)

# 退学願

## Request for Withdrawal

九州大学大学院医学系学府長 殿

Dean of the Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

入学年度 Year of Enrollment		専攻 Department	
所属分野 Laboratory			
学生番号 Student ID			
学生氏名* Student Name			

下記の理由により、退学したいので許可願います。

I would like to request approval to withdraw from the graduate school for the following reason.

### 記

1. 退学年月日  
Date of Withdrawal

年 月 日

2. 退学理由  
Reason for Withdrawal

- 「進路届 (進路状況調査)」をあわせて提出 (全員) Attach "Questionnaire on Your Career Path"
- 診療従事等の申請者は「報告書・理由書 (中止の場合)」をあわせて提出

指導教授 1* Supervisor	
指導教授 2* Supervisor	

### 連絡先 Contact

住所 Address	〒	—
電話番号 Phone.		
メールアドレス E-mail.		
授業料納入状況 (年度) Tuition Payment (FY )	納入済 (前期/後期)・未納 (前期/後期) Paid (Spring/Fall)・Not Paid (Spring/Fall)	
奨学金受給状況 Do you receive any scholarship?	受給中 (奨学金)・無 Yes (Name : )・No	

\*署名欄 Signature field