

年 月 日

日本医科大学長
吉田 寛 殿

大学院教授印

_____専攻
指導者 _____印

研 究 生 ・ 特 別 研 究 生 退 籍 願

専攻分野名:

研究場所:

氏 名 _____印

私は、下記の理由により 年 月 日付をもって研究生・特別研究生を退籍
したいので承認願います。

記

1. 理 由 :