

退学願

年 月 日

佐賀大学長 殿

フリガナ		所 属	年度入学
学 生 氏 名			(<input type="checkbox"/> 医学系 <input type="checkbox"/> 先進健康科学)研究科 研究生
学 籍 番 号		住 所	(〒) Tel

下記の事由により、 年 月 日に退学したいので、許可願います。

記

退 学 の 事 由	<input type="checkbox"/> 学業不振のため <input type="checkbox"/> 修学上の理由 <input type="checkbox"/> 進路変更のため <input type="checkbox"/> 病気のため (医師の診断書を添付すること) <input type="checkbox"/> 家庭の事情 <input type="checkbox"/> 経済的理由のため <input type="checkbox"/> 他大学受験のため <input type="checkbox"/> 就職のため <input type="checkbox"/> 在籍期間満了による退学 <input type="checkbox"/> 退学(単位取得) <input type="checkbox"/> 勤務の都合のため <input type="checkbox"/> その他() いずれかにチェックし、詳細を記入して下さい。	【詳細な事由】

指導教員 学科主任 学生委員 等の所見	<div>記載者氏名</div> <div>印</div>
------------------------------	-------------------------------

経理調達課		学生生活課				国際課		教務課各教務担当	
授業料 納入 確認	確認者印	授業料	確認者印	奨学金	確認者印	留学関係	確認者印		確認者印
		免除申請 有無確認		受給有無 確認		ビザ関係 確認		記載内容確認	
								休学期間確認	
								教務課教務情報管理担当	
									確認者印
								資料と願出確認	
		休学期間確認							