

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
			<input type="checkbox"/> 生体医工学 <input type="checkbox"/> 健康機能分子科学 <input type="checkbox"/> 医科学 <input type="checkbox"/> 総合看護科学 コース (先進健康科学研究科のみ記入)
学 籍 番 号		住 所	(〒) 市
保証人氏名 (自 署)		住 所	(〒) 市

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	記載者氏名 印
------------------------------	---------

経理調達課		学生生活課			国際課		教務課(教務情報管理)		
授業料 納入 確認	確認者印	授業料 免除申請 有無確認	確認者印	奨学金 受給有無 確認	確認者印	留学関係 ビザ関係 確認	確認者印	受領	電算入力