

# 退 学 願

(西暦) 年 月 日

東京都立大学学長 殿

人間健康科学研究科 人間健康科学専攻 学域 博士 期課程 年次  
学修番号

住 所 〒

氏 名 (自署) 印

保証人住所 〒

氏 名 (自署) 印

私は下記の理由により退学したいので、学則第32条の規定に基づき  
願います。

## 記

### 1 理 由

---

---

---

---

### 2 退 学 日

(西暦) 年 月 日 付

指導教員氏名 印

※大学記入欄

奨学金確認			
受給	有・無	手続	