

退学願 Request for Withdrawal

(西暦) 年 月 日
Year / Month / Day

首都大学東京学長 殿
President, Tokyo Metropolitan University

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
The Graduate School of Human Health Sciences, The Department of _____
(Master's · Doctoral) Course, The (1st · 2nd · 3rd) Year

学修番号
Student ID No.

住所 〒
Address

氏名 (自署) 印
Name (in block letters) Seal (Signature)

保証人住所
Address of the Guarantor

氏名 (自署) 印
Name of Guarantor (in block letters) Seal (Signature)

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。

*I hereby request for withdraw from the University for the following reason(s),
pursuant to the provisions of Article 32 of Graduate School Regulation.*

記

1 理由

(Reason(s) for withdrawal)

2 退学日

(Date of withdrawal)

(西暦) 年 月 日 付
Year / Month / Day

指導教員氏名 印
Supervisor Seal (Signature)

※大学記入欄

**For University use*

奨学金確認 Confirmation Concerning Scholarships			
受給 Recipient	有・無 Yes / No	手続 Execution Status	