

退 学 願

平成 年 月 日

札幌医学技術福祉歯科専門学校 校長 様

この度、下記の理由により退学したいので、許可願いたします。

学 籍 番 号		氏 名 (自 署)	
現 住 所	〒 — TEL () —		
退学希望日	平成 年 月 日		
理 由	具体的に記載してください。なお、病気などの場合は診断書を添付してください。		

※以下は、記入不要です。

許 可 年 月 日	平成 年 月 日付で、退学を（許可する・許可しない）					
校長	統括部長	学科長	教員	事務担当		受付日

※この用紙はコピーをとって使用してください