

# 退 学 願

平成 年 月 日

日本赤十字豊田看護大学長 殿

学 年	第	学年
学籍番号		
学生氏名		印
保証人氏名		印

下記の理由により平成 年 月 日付けをもって退学したいので、許可をお願いします。

## 記

理 由	
所 見	チューター氏名 印

\*病気による場合は、医師の診断書を添付すること。

\*所見欄で不足の場合は、理由書を別紙添付すること。