

学 長	研究科長	学事部長

年 月 日

昭和医科大学学長 殿

## 除 籍 願

私は、 年 月 日をもって、

(特別・普通) 研究生から除籍していただきたくお願い申し上げます。

除籍理由

---

研 究 科 （ 医 ・ 歯 ・ 薬 ・ 保健医療 ） 学研究科

所 属 分 野 \_\_\_\_\_ 学分野

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

研究分野責任者 \_\_\_\_\_ 印\*1

研究指導教員 \_\_\_\_\_ 印

\*1 附属病院においては研究分野責任者の署名・押印は不要

年 月 日 研究科教授会承認