

# 退 学 願

年 月 日

香川県立保健医療大学長 殿

所 属 保健医療学研究科  
助産学専攻科  
保健医療学部（ 学科）

学 年 年  
（学籍番号 ）

氏 名 印

保証人氏名 印

次のとおり退学したいので、許可くださるようお願いします。

退 学 年 月 日	年 月 日
退 学 理 由	

- 注 1 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。  
2 保証人は、現況届（変更届を含む）で提出されている保証人であること。