

退 学 願

平成 年 月 日

九州保健福祉大学学長 殿

(本人)

学生番号 _____

氏 名 _____ 印

〒

住 所 _____

電話番号 () — _____

(第一保証人)

保証人氏名 _____ 印

〒

住 所 _____

電話番号 () — _____

下記事由により退学を願い出ます。

記

[事 由]	
[退学希望日]	平成 年 月 日

※ 退学願の受け付け後、原則として退学決定月の末日が退学日となります。

大学記入欄	受付月日		処理月		担当 者印
-------	------	--	-----	--	----------