

# 退 学 願

年 月 日

日本体育大学医療専門学校長 殿

年 ( 整復健康学科 ・ 口腔健康学科 )		学籍番号 ( )		
学 生 本 人	氏 名	印	氏 名	印
	住 所	〒	住 所	〒
	携帯電話		携帯電話	
	自宅電話		自宅電話	

※保証人は自筆にて記入のこと

下記の事由により退学を希望いたしますので、許可くださるようお願ひいたします。

記

退学年月日 年 月 日

## 1. 退学の理由 (該当するものに○をつけてください ※複数選択可)

① 学習意欲の喪失 (下記項目に関連がある場合は、該当に□をつけてください)

- 学科が自分とあわない    学力が伸びない    進級できない    友人との人間関係  
教員との人間関係    学校生活が想像と違う    卒業後の不安

② 進路変更 (下記項目に関連がある場合は、該当に□をつけてください)

- 就職    他の教育機関への入学・転学・編入学

③ 経済的理由

④ 健康上の理由    身体的理由    精神的理由

⑤ その他 (理由 )

2. 高等教育の修学支援制度対象者で    ある    ない (該当に□をつけてください)

3. 日本学生支援機構奨学生で    ある    ない (該当に□をつけてください)

## 《注意事項》

- 退学願は学生証と一緒に提出してください。
- 学校からの貸与物品・図書等は、速やかに返却してください。
- 退学年月日によって、通学実績がない場合でも学費等が発生することがあります。

## 《事務使用欄》

校長	学科長	事務長	担任	学務