

# 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	保証人	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いいたします。

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