様式5号

|  |
| --- |
| 年　　月　　日  神戸大学　　殿  学部  学科  学籍番号　　　　　　　　　　　番  本人住所  氏名  退学願  下記のとおり退学したいので御許可願います｡  記  1　理由  2　退学年月日　　　　　　　年　　月　　日 |

注　病気の場合は診断書添付のこと｡A4(297mm×210mm)