

# 退 学 願

年 月 日

市立函館病院高等看護学院長 様

\_\_\_\_\_  
学年（A・B）組 出席番号

\_\_\_\_\_  
学生氏名 (自署)

\_\_\_\_\_  
保証人氏名 (自署)

このたび下記の理由により、 年 月 日付けで退学したいので、ご許可くださいますよう保証人連署のうえお願い申し上げます。

記

理由：

- ※ 保証人は、入学時に提出した誓約書に保証人として署名した者であること  
ただし、その後変更した場合は、変更後の保証人であること