様式第19号

学　外　団　体　脱　退　届

年　　　月　　　日

山形県立保健医療大学長　　殿

（代表者）

学籍番号

学科（専攻分野）　　　　　学　年

氏　　名

TEL

下記のとおり学外団体から脱退したので届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 団　体　名 |  |
| 学外団体名 |  |
| 脱退年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 脱退理由 |  |
| 顧問教員 | 印 |