

※下線部をすべて記入してください。 Fill in the underlined part.

年 月 日
(Date YYYY/M/D)

大阪大学大学院医学系研究科長 殿

受験番号(Examinee's No.) _____

現住所(Address) _____

氏 名(Name) _____
SIGNATURE 印

入 学 辞 退 届
A letter of refusal

私は下記理由により 2025 年度大阪大学大学院医学系研究科博士課程への入学を辞退します。

I have decided to decline the offer of admission to Graduate School of Medicine, the University of Osaka [Doctoral course October 2025 admission].

記

理 由 (他大学へ進学の場合は大学・研究科名も記載すること)

Reason (If you accept other university's offer, it is necessary to write which schools you advance to.)
