

※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) _____

直筆署名 (your own handwriting)

入 学 辞 退 届
A letter of decline

私は下記理由により 2026 年度大阪大学大学院医学系研究科修士課程医科学専攻への入学を辞退します。

I have decided to decline the offer of admission to Graduate School of Medicine Osaka University [Master's course April 2026 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 are going to another university, please state the name of graduate course and university..)
