

※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/MM/DD)

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 2026 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 the University of Osaka Graduate School of Medicine [Doctoral 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 accept other university's offer, it is necessary to write which schools you advance to.)

---

---

---

---