

学内団体解散願

年 月 日

滋賀医科大学長 殿

学 年 _____

学籍番号 _____

氏 名 _____

下記のとおり、学内団体を解散したいので、承認くださるようお願いいたします。

記

団 体 名	
解 散 年 月 日	年 月 日
解 散 理 由	
顧問教員 氏名・印 (本学教員に限る)	①

※顧問教員は、講師以上の専任教員に限る。