

学内団体解散願

年 月 日

滋賀医科大学長 殿

学 年 _____

学 籍 番 号 _____

学 生 氏 名 _____

顧問教員氏名 _____

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 確 認	<input type="checkbox"/> 顧問教員確認済み

※顧問教員は、講師以上の本学専任教員に限る。