

指導教授名	承認印
	①

## 研究指導期間 変更願

平成 年 月 日

大学院医歯学総合研究科長  
大学院医歯薬学総合研究科長

研究科名 医歯学総合研究科  
医歯薬学総合研究科

専攻名 \_\_\_\_\_ 専攻

学生番号 \_\_\_\_\_

フリガナ名 \_\_\_\_\_  
氏 名

下記のとおり研究指導の期間を変更したいので、ご許可願います。

### 記

指導を受ける 大学・研究所名	
指導を受ける 教員の氏名	
指導を受ける 教員の職名	
研究題目	
許可されている 研究期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
変更後の* 研究期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

- ※ 研究期間を延長する場合は、既に許可されている研究期間の次の日からの期間を記入してください。  
なお、延長後の研究期間の終了時期については、3月末までを限度とします。その次の4月以降も先  
方での研究指導を受ける場合は、再度、直前の1月末までに研究期間延長の申請をしてください。
- ※ 研究期間を短縮する場合は、許可されている研究開始日から、研究を終了しようとする期間までを記  
入して下さい。