

指導教授名	承認印

履修期間変更（短縮）願

平成 年 月 日

大学院医歯学総合研究科長 殿
大学院医歯薬学総合研究科長 殿

教育研究分野 _____

学生番号 _____

氏 名 _____

大学院医歯薬学総合研究科（大学院医歯学総合研究科）において長期履修課程に在籍中ですが、下記のとおり課程の修了を希望しますので、在学期間の変更（短縮）を申請します。

記

変更（短縮）後の履修コース（□に✓を記入してください。）

7年コース 6年コース 5年コース*

修了予定年月 : 平成 年 月

※5年コースへの短縮について

長期履修制度の概要の2ページ目の【長期履修8年コースを特例により5年に短縮申請する場合の要件】を満たしていることが必要です。

■ 連絡先住所・電話番号（勤務先 又は 自宅）

住所 : _____
TEL : _____

■ メールアドレス
