

# 聴講願（登録研究医コース用）

年 月 日

滋賀医科大学長 殿

（志願者）

フリガナ

氏 名（自署）： \_\_\_\_\_

学籍番号： \_\_\_\_\_

学 年：医学部医学科第 学年（ 年入学） \_\_\_\_\_

私は、下記のとおり大学院医学系研究科博士課程の授業を聴講したいので、許可くださるようお願いします。

記

開講期間	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日		
聴講目的	基礎研究医を目指すうえで、早期に大学院の授業を聴講し、登録研究医コースにおける研究活動に活かしたいため。		
授業科目名	単位数又は時間数	科目担当教員氏名	承認印

※ 聴講を希望する科目担当教員に確認のうえ、「承認印」欄に押印を依頼し、学生課大学院教育支援係に提出してください。但し、『医学総合特論』の聴講を希望する場合は、科目担当教員の押印は不要です。