（様式）

研究生期間延長願書

西暦　　　年　　　月　　　日

滋賀医科大学長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究生入学年月日 | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  |
| （ふりがな） |  |
| 氏名 |  |
|  |  |
| 生年月日 | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 現住所 | 〒 |
|  |  |
| 電話番号 | （　　　　　） |
| 勤務先 |  |

　下記により、（医学部・大学院医学系研究科）研究生の期間の延長を志願しますので、

　　　　　　　　　　　　　　　（研究生の所属区分について、いずれか一方に◯を付すこと）

許可くださるようお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 期間延長理由 |  |
| 研究事項 |  |
| 研究期間 |  |
| 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日から |
|  |
| 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日まで |
|  |
| 研究時間 |  | 時間／週 |
| 所属講座 |  | 講座 |
| 指導教員職名・氏名 |  | ㊞ |