

指導教授

(西暦) 年 月 日

研究生願書

大阪医科大学 学長 殿

氏 名 ⑩

住 所 〒 -

電 話 ()

今般 教授指導の下に、下記の研究をいたしたくご許可
くださいますようお願いいたします。

記

[研究期間] 年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)

[所属教室] _____

[研究課題] 1. _____

1. _____

※上記願出のあった個人情報は、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

以上

大学院課