指導教授

（西暦）　　年　　月　　日

研 究 生 願 書

大阪医科薬科大学 学長　殿

氏　名　　㊞

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

学務部医学事務課