

指導教授

(西暦) 年 月 日

研究生継続願

大阪医科薬科大学 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

[所属教室]

[研究課題] 1. _____

1. _____

※上記願い出のあった個人情報、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

医学事務課