

西暦 年 月 日

研究生入学／在学期間延長願書

京都大学医学部長 殿

ふりがな

氏 名

㊞

このたび、下記のとおり研究生に入学／延長を志願しますので許可くださるようお願いいたします。

記

研究科目				
研究題目				
受入教員 職・氏名		教授 承認印	受入 教員印	安全保障輸出管理の事前確認シート の提出（留学生を受け入れる場合） 受入分野教授チェック <input type="checkbox"/>
在学期間	西暦 年 月 日から 西暦 年 月 日まで（ か月）			どちらかを選択 1. 新規入学 2. 期間延長
	※期間延長の場合、以下に現在の在学期間を記載 西暦 年 月 日から 西暦 年 月 日まで（ 年 か月）			
授業料の 納付方法	1. 全額納付 ・ 2. 分割納付 (6ヶ月を超える場合)			
備 考				

※ 「研究科目」欄には研究分野名を記入

※ 「研究題目」欄は楷書で正確に記入すること。

※ 留学生を受け入れる場合、受け入れる分野の教授は事前に国際掛へ安全保障輸出管理における事前確認シートを提出すること。

履 歴 書

西暦 年 月 日現在

ふりがな 氏 名		男・女
生年月日	(西暦) 年 月 日生 (満 才)	
連絡先	(〒) 電話番号 : メールアドレス :	
年 月 日	(学歴) 大学 学部 学科卒業	
年 月 日	(職歴・研究歴)	

大学院修了見込の場合は学歴欄にその旨記入すること。

医師・歯科医師・薬剤師等の免許取得者は記入すること

免許種別	登録番号	取得年月日