

【副科目について】

原則、基礎系科目専攻者は臨床系科目、臨床系科目専攻者は基礎系科目とする。
専攻科目の主指導教員と相談の上選択すること。

年 月 日

大学院歯学研究科副科目履修届

大学院歯学研究科 第 学年

専攻科目名 _____ 学

氏 名 _____ (印)

下記のとおり選択履修いたしますのでお届けいたします。

副科目名 _____ 学

専攻科目主指導教員 _____ (印)

副科目主指導教員 _____ (印)

【提出先】学事部大学院課