

学 長	研究科長	学事部長

平成 年 月 日

昭和大学長 殿

## 大学院医学研究科専攻科目変更願

大学院医学研究科  
第 学年

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は \_\_\_\_\_ 系 \_\_\_\_\_ 学 ( \_\_\_\_\_ 学分野)  
(一般・社会人) より

\_\_\_\_\_ 系 \_\_\_\_\_ 学 ( \_\_\_\_\_ 学分野)  
(一般・社会人) に

平成 年 月 日から専攻科目を変更いたしたく、  
ご許可下さいますようお願いいたします。

変更事由： (該当欄にチェックをしてください)

- 研究内容の変更
- 学外研修 (期間内のみ)
- 単位修得による枠変更
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

変更前主指導教授 (准教授) \_\_\_\_\_ 印

変更後主指導教授 (准教授) \_\_\_\_\_ 印

平成 年 月 日 研究科教授会承認