

学 長	研究科長	学事部長	大学院課長

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 番

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

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

☐ 学外臨床研修開始

(研修期間： 年 月 日～ 年 月 日)

☐ 学外臨床研修終了

☐ 専攻医専門臨床研修開始

(研修期間： 年 月 日～ 年 月 日)

☐ 専攻医専門臨床研修終了

☐ 学位審査終了による枠変更

☐ その他 ()

変更前講座主任(講座責任者) 印

変更後講座主任(講座責任者) 印

年 月 日研究科教授会承認