

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
- 学外での臨床研修開始
(研修期間： 年 月 日 ~ 年 月 日)
- 学外での臨床研修終了
- 学外での専門臨床研修開始
(研修期間： 年 月 日 ~ 年 月 日)
- 学外での専門臨床研修終了
- 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