**専攻分野変更願**

Request for Changing Department

 　　　年　　　月　　　日

Year Month Date

医歯学総合研究科長　殿

Dean, Graduate School of Medical and Dental Sciences

保健衛生学研究科長　殿

Dean, Graduate School of Health Care Sciences

Year of Admission

School Year

　　　　 年度入学　　第 　　　 学年

□ 修士課程　Master’s Program

□ 博士課程　Doctoral Program

□ 大学院研究生　Graduate Research Student

（ 　　　　　　　　　　　　　　 分野）

Department

学籍番号 第　　　　　　　　　　　号

Student ID No.

氏　　名 　　　　　　　 　　　 (※)

Name

(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。

携帯電話番号 　　　－　　　　－

Mobile Phone Number

 　　　　　　　　　　＠

E-mail Address

　　　　　　年　　月　　日 から、下記のとおり専攻分野を変更したいので、

Year 　　Month 　　Date

ご許可くださるようお願いいたします。

As from above-mentioned date I would like to request approval to change my department as below.

記

Track Division Department

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更前Before | 専攻分野名Department | 　　　　　　専攻　　　　　　　　　講座　　　　　　　　　分野　 |
| 指導教員（分野長）名~~Professor~~ Supervisor | ㊞　Track Division Department |
| 変更後New | 専攻分野名 | 専攻　　　　　　　　　講座　　　　　　　　　分野　 |
| 指導教員（分野長）名 | ㊞　 |
| 変更理由Reasons |  |
| 研究科（運営）委員会承認Approved on | Changed on | 変更日 | 　　　年　　月　　日 | 学籍簿記　入 |  |