|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 研究科長 | 副研究科長 | 事務部長 | 次　　長 | 室　　長 | 課長補佐 | グループ長 | 一般職員 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**履修登録科目取消願**

Request for Cancelling Registered Subject

 　　　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

School Year

Year of Admission

　　　　　　 年度入学　　第 　　　 学年

□ 修士課程　Master’s Program

□ 博士課程　Doctoral Program

 （　　　　　　　　　　　　　　　　 分野）

Department

学籍番号 Student ID No. 第　　　　　　　　　　　 号

氏 名 (Name) 　　　　　　　　 　　 　　　 (※)

(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。

When a person submitting this form does not sign the above space (※), you must

 type/write his/her name and affix his/her seal in the space(※) on behalf of him/her.

携帯電話番号(Mobile) 　　　－　　　　－

E-mail 　 　　　 　　 　＠

　下記のとおり、履修登録を取り消したいのでお届けいたします。

 I would like to request cancellation of my registered subject as below.

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．科目コードSubject Code |  |
| ２．科目名Subject |  |
| ３．科目責任者Course Director |  |

|  |
| --- |
| 受付日・印 |
|  　 年　 月　 日受付 |