

# 長期履修期間短縮申請書

年 月 日

東京医科歯科大学  
大学院保健衛生学研究科長 殿

指導教員 (分野長) 認印

\_\_\_\_\_ 年度入学 第 \_\_\_\_\_ 学年

- 博士課程  
 博士(前期)課程     博士(後期)課程  
( \_\_\_\_\_ 分野)

学籍番号 第 

--	--	--	--	--	--	--	--

 号

氏 名 \_\_\_\_\_ (※)  
(※)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 \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

下記の理由により履修期間を短縮したいので申請します。

## 記

### 1. 履修期間

許可済みの長期履修期間

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで ( \_\_\_\_\_ 年間)

短縮後の履修期間

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで ( \_\_\_\_\_ 年間)

### 2. 履修期間短縮の理由(詳細)

---

---

---

---

---

---

---

---