

# 大学院研究生研究期間延長願

Request for Extending Research Period as a Graduate Research Student

東京医科歯科大学長 殿  
President of Tokyo Medical and Dental University

年 月 日  
Year Month Date

指導教員 (分野長) 認印 Supervisor's Seal
---------------------------------------

\_\_\_\_年度 \_\_\_\_月入学 大学院研究生  
Admission Year Month as a Graduate Research Student  
 医歯学総合研究科  保健衛生学研究科  
Department ( Medical and Dental Sciences Health Care Sciences  
分野)

Student ID No. 学籍番号 第 \_\_\_\_\_ 号

Name 氏 名 \_\_\_\_\_ (※)

(※)本人が自署しない場合は、記名押印してください。

Mobile Phone Number 携帯電話番号 \_\_\_\_\_

E-mail Address \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Name of Parent or Guardian 保護者等氏名 \_\_\_\_\_ (印)

私は、大学院研究生として \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 で研究期間満了となりますが、さらに研究継続の必要がありますので、大学院研究生規則の規定により、研究期間を1年間延長したいので、ご許可くださるようお願いいたします。

Though my research period as a graduate research student will be completed on the above-mentioned date, under the provisions of graduate research student regulations, I would like to request approval to extend my research period for 1 year as below.

記

履修状況等の報告欄	在学中	研究テーマ Current Research Theme	
		一年の研究結果 Research Result of This Year	
		指導教員の意見 Supervisor's Comment on Current Research	
	期間延長後	研究目標 Research Goal After Extension	
指導教員の意見 Supervisor's Comment on Research After Extension			

(継続研究意志確認 : 有り・無し)

財務企画課収入管理係照合欄	
前期授業料	後期授業料