

# 転学願

年 月 日

東京医科歯科大学長 殿

指導教員 (分野長) 認印

平成 \_\_\_\_\_ 年度入学 第 \_\_\_\_\_ 学年

修士課程  博士課程  
( \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

保護者等氏名 \_\_\_\_\_ (印)

大学院学則の規定により、下記のとおり転学したいので、ご許可くださるようお願いいたします。

## 記

1. 転学先： \_\_\_\_\_ 大学 大学院 \_\_\_\_\_ 研究科  
\_\_\_\_\_ 専攻 \_\_\_\_\_ 分野

2. 転学希望日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 転学理由：  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

注) 1. 転学理由はできるだけ具体的に記入してください。  
2. 合格通知書の写しを添付してください。

財務企画課収入管理係照合欄	
前期授業料	後期授業料