

平成 年 月 日

九州大学大学院医学系学府長 殿

九州大学大学院医学系学府
(博士課程・修士課程・専門職学位課程)

専攻 分野

学生番号: _____

氏 名: _____

他学府(部)履修願

下記のとおり履修したいので、諸手続方よろしくお願いたします。

記

開講学府(部): _____学府(部)

	授業科目名	担当教員名	単位数	開講曜日・時限	聴講理由
1					
2					
3					

- ※ 必要事項を記入のうえ、学務課大学院係に提出してください。
- ※ 必ず1回目の授業から出席してください。