

令和 年 月 日

医学系学府長 殿

所 属
指導教員名 _____ 印

所 属
指導教員名 _____ 印

特別聴講学生派遣許可願

このたび、下記の者を特別聴講学生として派遣したいので、ご許可くださるよう申請いたします。

記

派遣学生： 平成・令和 _____ 年度入学 博士課程 _____ 年
_____ 医学 専攻 _____ 分野
_____ コース

学生番号： _____ 氏名： _____

派遣中の連絡先：

住所： _____

TEL： (_____) _____ - _____

メール： _____ @ _____

1. 派遣先

2. 派遣先指導教員

氏名

所属・役職

3. 派遣（研究）期間

自 令和 年 月 日

至 令和 年 月 日

4. 講義名

5. 派遣先手続き担当部署

担当部署

連絡先

住所
