

年(Y)

月(M)

日(D)

在学延長願

Request for Extension of Enrollment Period

九州大学大学院医学系学府長 殿

Dean of the Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

入学年度 Year of Enrollment		専攻 Department	
所属分野 Laboratory			
学生番号 Student ID			
学生氏名* Student Name			

都合により、在学期間を延長したいので、許可願います。

I would like to request extension of my enrollment period.

記

1. 延長開始日
Start date of extension

	年		月		日
--	---	--	---	--	---

2. 延長終了日
End date of extension

<input type="checkbox"/>	年	9	月	30	日	まで延長
<input type="checkbox"/>	年	3	月	31	日	まで延長

指導教授 1* Supervisor	
指導教授 2* Supervisor	

連絡先 Contact

住所 Address	〒	—
電話番号 Phone.		
メールアドレス E-mail.		
授業料納入状況 (年度) Tuition Payment (FY)	納入済 (前期/後期) ・ 未納 (前期/後期) Paid (Spring/Fall) ・ Not Paid (Spring/Fall)	
奨学金受給状況 Do you receive any scholarship?	受給中 (奨学金) ・ 無 Yes (Name :) ・ No	

*署名欄 Signature field