

平成 年 月 日

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科長 殿

研究分野名

勤務先

現住所（〒 ）

電 話

ふりがな

氏 名

印

研 究 期 間 延 長 願

私は、現在大学院研究生（部内・部外）として〔 〕に関する研究に従事していますが、下記のとおり研究期間を延長したいので、指導教員の同意書を添えて願い出ます。

記

1. 許可を受けている期間 自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日
2. 延長を希望する期間 自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日
3. 研 究 生 の 種 別 部 内 ・ 部 外
4. 診療従事許可申請の有無 有 ・ 無

授業料納付確認

確認日	
納付 確認印	

(平成 年 月～平成 年 月分)

別記様式第7号（第7条関係）

平成 年 月 日

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科長 殿

指 導 教 員

職 名

氏 名

印

同 意 書

下記の者の研究期間の延長に同意いたします。

記

研 究 生 氏 名

延長する期間

自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日

別記様式第5号（第4条関係）

平成 年 月 日

承 諾 書

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科長 殿

勤 務 先

職・氏 名

印

当勤務先の下記の者が、貴大学院医歯学総合研究科研究生（部内・部外）として
平成 年 月 日まで在籍期間を延長することを承諾します。

記

氏 名