

【大学院研究生用】

令和 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

指導教員

印

年 月入学 大学院医歯学総合研究科研究生

現住所（〒 ）

ふりがな
氏名

印

研究期間変更願(短縮)

私こと（ ）のため 令和 年 月 日付けにて研究を中止したいので、
許可くださるようお願いいたします。

授業料 納入済	
------------	--