

(様式)

研究生期間延長願書

令和 年 月 日

滋賀医科大学長 殿

研究生 平成 年 月 日
入学年月日 令和

(ふりがな)

氏 名

(自署)

生年月日 昭和 年 月 日
平成

現住所 〒

電話番号 ()

勤務先

下記により、(医学部・大学院医学系研究科) 研究生の期間の延長を志願しますので、
(研究生の所属区分について、いずれか一方に○を付すこと)
許可くださるようお願いいたします。

期 間 延 長 理 由	
研 究 事 項	
研 究 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
研 究 時 間	時間/週
所 属 講 座	講座
指 導 教 員 職 名 ・ 氏 名	⑩

(医療機関、教育機関、公的機関等に所属する者)

承 諾 書

令和 年 月 日

滋賀医科大学長 殿

所属機関名

所属長職名

所属長氏名

⑩

下記の者について、今般貴学の研究生として入学（期間延長）が許可されました際は、
在職のまま入学（期間延長）することを承諾します。

記

職 名 :

氏 名 :

(民間企業等に所属する者)

確 約 ・ 承 諾 書

令和 年 月 日

滋賀医科大学長 殿

所属企業等名

所属長職名

所属長氏名

⑩

下記の者に係る今般の貴学への研究生としての入学（期間延長）の出願については、
当社の営利目的によるものではないことを確約します。

また、入学（期間延長）が許可されました際は、在職のまま入学（期間延長）することを承諾します。

記

職 名 :

氏 名 :

(民間企業等に所属する者)

確 約 書

令和 年 月 日

滋賀医科大学長 殿

所属企業等名

職 名

氏 名

(自 署)

⑩

今般の貴学への研究生としての入学（期間延長）の出願については、私個人の目的によるものであって、所属企業等の営利目的ではないことを確約します。