|  |
| --- |
|  写真貼付上半身脱帽正面像 (３か月以内 撮影のもの) 縦４㎝×横３㎝ |

脳科学研究教育センター長　殿

 平成29年度入学（進学・進級）生用

 **発達脳科学専攻履修願書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属学院･研究科名 | （学院・研究科） | 課程区分（数字を　　○で囲む） | １．修士課程２．博士後期課程３．医・歯・獣医・　　臨床薬学　　博士課程 | 学　生　番　号（在学生のみ記入） |
|  |
| 専攻名 | 専攻 | (ふりがな) |  |
| ローマ字 |  |
| 指導教員名 |  | 氏　名生年月日 | （昭和・平成　　　　年　　　月　　　　日生） |
| 本人連絡先 | 学内電話 |  |
| 携帯電話 | -　　　- | 現住所 | 〒自宅電話　　　（　　　　　-　　　　　-　　　　　　） |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 研究テ－マ |  |
| 研究概要（研究したい融合領域の脳科学分野について記入する。） |
|  |

|  |
| --- |
| 私が指導教員（予定）の上記学生を，発達脳科学専攻履修学生として推薦します。 |
| 指導教員コメント（記載任意）平成　　年　　月　　　日　　　　指導教員署名： |

|  |
| --- |
| **関連学院(研究科) 大学院教務担当　御中**本様式は，学生が入学又は進学予定の所属長へ併せて提出することになっております。本用紙をコピーのうえ，出願の届け出に代えてくださるようお願いいたします。 |
| 所属学院(研究科)届出確認欄 | コピー受領係名及び確認者印 |

※注記：

|  |
| --- |
| **出 願 者 へ**必要事項をすべて記入し指導教員推薦の署名を得たのち，所属学院等の教務係等へ提出し，右欄の届出確認印を受けてから提出すること。※提出期限：平成29年3月16日（木） |
| 連絡先：学内便番号：２０　脳科学研究教育センター　 医学系事務部総務課内（内線番号：℡５０２２） |