（別紙様式１：第５条関係）

大学院準備課程登録申出書

　　年　　月　　日

　和歌山県立医科大学

　　大学院医学研究科長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 学　　年 | 医　学　部 年 |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 学籍番号 |  |

　下記のとおり、大学院準備課程の登録を申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 履 修 開 始 時 期 |  　　　　　　　年 ４月　　・ １０月 |
| 所属コース（科　目） |  |

＜注１＞４月、１０月いずれかに○をすること。

＜注２＞所属コース（科目）の記載に際しては、所属予定担当指導教員の同意（別紙様式２）を得る

　　　こと。

（別紙様式２：第５条関係）

大学院準備課程登録　同意書

　　年　　月　　日

　和歌山県立医科大学

　　大学院医学研究科長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　属 |  |
| 教員氏名 |  |

　下記の者が大学院準備課程の登録に際して、当教室を選択することに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 学　　年 | 医　学　部 年 |
| 氏　　名 |  |