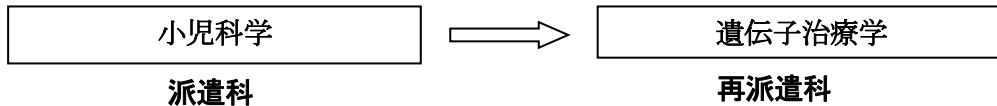


## 選択カリキュラム再派遣申請書について

標記の件につきまして、再派遣科\*にて研究を行う場合、再派遣科指導教員の了解を得てご提出願います。

\*再派遣科について・・・派遣科から別の施設（学内外問わず）で主に研究を行う場合、再派遣科での研究活動となります。

例)



<記載例>

年 月 日	
大学院委員会（医学系専攻） 殿	
派遣科教授名 印	1. 指導教授の記名・捺印
大学院生氏名 印	2. 氏名の記名・捺印
選択カリキュラム再派遣申請書	
2024 年度に下記の講座、総合医科学研究センター、又は学外研究機関において、 選択カリキュラムを履修致したく、再派遣科先としてご許可願います。	
記	
再 派 遣 科 先 _____	
研 究 テ ー マ _____ _____	3. 指導教授もしくは再派遣科の教員と相談の上、記載してください。
再 派 遣 期 間 _____ 年 月 ~ _____ 年 月 (予定)	
再派遣科指導教員名 _____ 印	4. 再派遣科指導教員名の捺印が必要となります。

本書式は<http://drclass.jikei.ac.jp/application/>からもダウンロード可能となっています。  
記載方法についてご不明な点がございましたら、大学事務部学事課宛にお問い合わせください。