　　年　　月　　日

大学院委員会（医学系専攻）殿

派遣科教授名　　　　　　　　　　　　　印

大学院生氏名　　　　　　　　　　　　　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

再 派 遣 期 間 　 　　　年　　月　～　　年　　月　（予定）

再派遣科先指導教員名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

注）

１．（主に1年生）新たに所属（派遣科）と異なる講座・研究部等で指導を受ける場合、

本申請書を必ず提出してください。

２．（2年生以上）前年度から再派遣先に変更が無い場合も、再派遣先への研究指導委託願（学長名での依頼）の送付を要する場合、本申請書に加え、「大学院学生の研究派遣願」を

必ず提出してください。但し、研究指導委託願の送付は学外機関宛に限ります。

３．（2年生以上）再派遣をとりやめる場合も、本申請書を必ず提出してください。

　　その際には再派遣科先欄は「無し」と記載ください。教員による捺印も不要となります。

４．年度の途中で再派遣が決まった際は、決まった時点で学事課宛に相談してください。