

大学院履修届

2019年 月 日

日本大学大学院医学研究科長 殿

学生番号 _____

_____系 _____学専攻

横断型医学専門プログラムを 履修する 履修しない

※ 該当する方を○で囲ってください。

氏名 _____ 印

下記のとおり履修いたします。

記

区 分	科 目 名	指 導 教 員
主科目 (4年間, 16単位)		(印)
2019年度		
副科目 (6か月間, 10単位) ※履修期間は原則4月 ~2月末の期間内		(印)
	履修期間 2019年 月 日 ~ 年 月 日	
選択科目 (1単位) 大学院修了ま でに4科目以上 選択すること	(1)	
	(2)	
	(3)	
	(4)	
	(5)	

注意事項

- 1 副科目はあらかじめ指導教員の了解を得て、捺印を受けること。
- 2 副科目、選択科目は履修する当該年度に届け出を行うこと。
- 3 選択科目は、前・後期から各1科目、4年間で計4科目以上選択すること。
- 4 主科目、副科目の変更や、選択科目の履修中止をする場合は、所定用紙で届け出ること。
- 5 本用紙は2019年5月10日(金)までに、教務課へ提出のこと。