

大学院副科目変更届

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

氏名_____印

下記のとおり，履修科目を変更いたします。

記			
区 分		科 目 名	指 導 教 員
副 科 目	変更前		(印)
		履修期間 年 月 日～ 年 月 日	
	変更後		(印)
		履修期間 年 月 日～ 年 月 日	

注意事項

副科目の変更は，事前に指導教員の了解を得て，捺印を受けること。

事務使用欄	
受付確認	システム入力
／	／