

(博士課程4年生対象 For 4th-year Ph.D. students)

年 月 日 (願出)
year / month / day

在学期間延長許可願

Application for Extension of Enrollment Period

慶應義塾大学長 殿
To President, Keio University

医学研究科 博士課程
Ph.D. Program, Graduate School of Medicine

医学研究系 ・ 医療科学系 専攻
Medical Sciences Program ・ Applied Medicine Program School

学籍番号 _____
Student ID No.

氏 名 _____
Student's Name

博士課程入学年月 _____ 年 _____ 月
Entrance Date into the Ph.D. program year month

連絡先電話番号 _____
Phone No.

私は、この度下記理由により在学期間を _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで延長したいので、ご許可くださるようお願いいたします。なお、在学する学期の授業料を定められた期日までに納入することを誓約いたします。

I am hereby asking for permission to extend enrollment at the Ph.D. program from _____ (year / month / day) to _____ (year / month / day) for the following reasons. I hereby pledge to pay my tuition for the semester I am enrolled by the due date.

在学期間延長理由 (学生記入) Reasons for applying for extension

--

指導教授氏名 _____ 印
Academic Advisor's Name seal/signature

事務取扱欄 For office use only

学生課学事担当受付印	研究科委員会承認日	授業料納入済年度 _____ 年度 _____ 学期分 全納	
		データ作成 年 月 日 印	取得単位: _____ 単位 履修内容審査了確認 <input type="checkbox"/>