

整理番号NO.

群馬大学 医学部(医 学 科 ・ 保 健 学 科)
 大学院(医学系研究科・保健学研究科) 研究生入学願

平成 年 月 日

群馬大学長 殿

本人氏名 .
 紹介教授 氏名 .

今般貴学の研究生として入学いたしたいので、別紙履歴書を添えてお願いします。

氏 名 生 年 月 日	(ふりがな) 年 月 日生(男・女)
専 攻 科 目 研 究 期 間	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日
最終出身学校名	学部 学 科 年 月 日卒業 大学 大学院 研究科 年 月 日修了
本 籍 地	都・道 区・郡 町・村 番地 府・県 市
現 住 所	〒 都・道 区・郡 町・村 番地 府・県 市 TEL ()
勤 務 先 名	TEL ()
勤 務 先 所 在 地	〒 都・道 区・郡 府・県 市

現住所・勤務先名は、入学日の現住所・勤務先を記入すること。

履 歴 書

本籍地

現住所

氏名・生年月日

年 月 日生

学 歴 及 び 職 歴

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

医師免許 :

年 月 日取得

学 位 :

年 月 日授与

賞 罰

上記のとおり相違ありません

平成 年 月 日

氏名

就学承諾書

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

職名 _____

上記の者が、平成 _____ 年度群馬大学医学部研究生として就学することを承諾します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

群馬大学医学部長 殿

所属長又は任命権者 _____ 職印

所属機関 _____

所在地 _____

電話番号 _____

保証書

平成 年 月 日

債 務 者	学 部 等		学籍番号						
	フリガナ								
	現 住 所								
	フリガナ								昭和 年 月 日生
	氏 名								

上記の者が在学中、貴学に納付すべき授業料及び寄宿料（学生寮に入寮又は国際交流会館に入居を許可された場合）の債務の履行に関し、私が本人と連帯してその責を負うことを保証いたします。

連 帯 保 証 人	フリガナ								債務者 との 続 柄	
	氏 名							印		
	現 住 所	郵便番号 (数字で記入)				都道府県名	電話番号 ()			
			-				-			
		住 所								
		(フリガナ)								

出納命令役

群馬大学財務部長 殿

整理番号NO.

医学部(医学科・保健学科)

研究生在学期間延長願

大学院(医学系研究科・保健学研究科)

平成 年 月 日

群馬大学長 殿

本人氏名 印

指導教授氏名 印

平成 年 月 日在学期間満了予定のところ引き続いて研究の必要がありますので、在学期間の延長について許可をお願いします。

入学年度	平成 年度入学
氏名 生年月日	(ふりがな) 年 月 日生(男・女)
最終出身学校名	大学 学部 学科 年 月 日卒業 大学院 研究科 年 月 日修了
専攻科目 研究生期間	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日
在学延長年月日	平成 年 月 日まで
現住所	〒 都・道 区・郡 町・村 番地 府・県 () TEL ()
勤務先名	TEL ()
勤務先所在地	〒 都・道 区・郡 町・村 番地 府・県 市

1. 現住所・勤務先名は、入学日の現住所・勤務先を記入すること。
2. 博士(論文博士)の学位を授与されている方は申し出てください。
3. 授業料は完納してあること。

退 学 願

平成 年 月 日

群 馬 大 学 長 殿

研究生氏名 印

指導教授氏名 印

下記の事由により退学したいので許可をお願いします。

記

1. 退学の事由

2. 退学年月日 平成 年 月 日

(専攻科目名:)

入 学 年 度 平成 年 月 日入学

期間満期予定日 平成 年 月 日

(事務担当者記入)

授 業 料 納 入 状 況	
年度	期分(月分)
納入済	未 納

整理番号