受付番号



※

**明治国際医療大学 研究生　研 究 願**

　　年　　月　　日

明治国際医療大学 学長 殿

住所

氏名

下記事項について研究したいので、研究生として入学を許可して

くださるようお願いします。

記

１．研究課題

２．研究内容

３．希望指導教授名

４．研究期間　　　　　 年 　月 　日から　　　 年　 月　 日まで（　　日／週）

注）※欄は、事務局にて記入します。