

指導教員変更届

NOTIFICATION OF CHANGE OF ACADEMIC ADVISOR

提出日

年
Year

月
Month

日
Day

大学院歯学独立研究科
Graduate School of Oral Medicine

学籍番号
Student ID No.

ID# G

番

氏名
Name in Full

印
Signature

専攻分野 Major field	
主指導教員 Academic advisor	氏名 Name 印 Signature

	主・副の別 Chief or Vice advisor	氏 名 Name	専 攻 分 野 Major field
新指導教員 New academic advisor	主・副 Chief Vice	印	
	主・副 Chief Vice	印	
	主・副 Chief Vice	印	
旧指導教員 Previous academic advisor	主・副 Chief Vice	印	
	主・副 Chief Vice	印	
	主・副 Chief Vice	印	
理由 Reason			

備考 / Note:

各指導教員の承認印を必ず得ること。

Get academic advisor's consent and signature.