

在学期間延長願

Petition for Extension of Enrollment in School

年 月 日
Year Month Day

松本歯科大学長 殿
To the President of Matsumoto Dental University,

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		
所属 Department	講座			
専攻分野 Major Field				
氏名 Name in Full				Ⓜ Signature
生年月日 Date of Birth	昭和・平成	年 Year	月 Month	日 Day

私は、下記のとおり在学期間を延長したいので、許可くださるようお願いいたします。
I hereby submit a petition for extension of enrollment in school as follows.

記

在学延長期間 Extension period	From	年 Year	月 Month	日 Day
	To	年 Year	月 Month	日 Day

主指導教員 氏名 Ⓜ
Academic Advisor Name Signature

備考/ Notes:

- 在学期間の延長は、1年単位で行うこと。
Applicant should submit a petition for extension of enrollment in school every year.
- 在学延長期間の前年度1月末日までに提出すること。
Applicant should submit a petition for extension of enrollment in school by the last day of January.
- 本人及び主指導教員の氏名については、自書すること。
Applicant and academic advisor should enter their own name.

事務局長	経理課	総務課

学 長	研究科長	所属長	受 付