

(様式1)

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

# 留 学 願

大阪大学大学院医学系研究科長 殿

年度入学（学籍番号: _____）			
医学系研究科	専攻	課程	年次 研究室
フリガナ 本人氏名	印		

私こと、下記のとおり留学したいので御許可くださるようお願いいたします。

なお、留学期間中における大阪大学への授業料の納入を怠りませんことを誓約いたします。

## 記

留 学 先		指導教員名	
留学の期間	年 月 日から 年 月 日まで	ヶ月間	経費等
留学の理由 及び 研究内容			
留学先での 連絡先	住所 Tel e-mail	Fax	
日本での 連絡先	(〒 _____ ) Tel ( _____ )	Fax ( _____ )	

指導教員認印	
--------	--

※既留学期間 \_\_\_\_\_ ヶ月