

指導教員印	
-------	--

コース変更願

年 月 日

大分大学大学院医学系研究科長 殿

入学年度 _____年度

修士課程看護学専攻

所属コース _____コース

学籍番号 _____

氏 名 _____

下記のとおり、コースを変更したいので、許可くださるようお願いいたします。

記

1 変更後のコース _____コース

2 変更日 _____年 月 日

3 変更を希望する理由

.....

.....

.....

.....

.....

.....