

# 研究生研究継続願

令和 年 月 日

旭川医科大学長 殿

\_\_\_\_\_  
研究生

氏 名 印

生年月日 年 月 日

貴学研究生として在学中ですが、下記により研究を継続したいので、  
許可下さるようお願いいたします。

記

研究期間 自 令和 年 月 日  
至 令和 年 月 日

継続理由

\_\_\_\_\_  
研究未了のため

上記のとおり研究継続が必要であると認める。

指導教員 職 名

氏 名

印

# 承 諾 書

令和 年 月 日

旭川医科大学長 殿

住 所

機関名

所属長 職 名

氏 名

印

下記の者は、令和 年 月 日から令和 年 月 日まで  
で研究生として貴学に入学（継続）することについて、差し支えあり  
ません。

記

職 名

氏 名