

所属変更願 *Request for Change of Department*

(西暦) 年 月 日
Year / Month / Day

首都大学東京学長 殿
President, Tokyo Metropolitan University

人間健康科学研究科 人間健康科学専攻 学域 博士 期課程 年次
The Graduate School of Human Health Sciences, The Department of _____, (Master's · Doctoral) Course, The (1st · 2nd · 3rd) Year

学修番号

Student ID No.

住所 〒

Address

氏名 (自署)

Name (in block letters)

印

Seal (Signature)

保証人住所

Address of the Guarantor

氏名 (自署)

Name of Guarantor (in block letters)

印

Seal (Signature)

私は下記の理由により所属変更をしたいので、首都大学東京学則第3
1条第2項の規定に基づき願い出ます。

I hereby request for approval to change the department for the following reason(s), pursuant to the Article 3, paragraph 2, of the University Regulations of Tokyo Metropolitan University.

記

1 対象者

学修番号 <i>Student ID</i>	学 年 <i>Academic Year</i>	氏 名 <i>Name</i>	前所属 <i>Current Department</i>	新所属 <i>Department after Transferring</i>
	博士 期課程 年 <i>Course: M · D</i> <i>Year: 1 · 2 · 3</i>		学域 <i>The Department of ____</i>	学域 <i>The Department of ____</i>

2 変更理由

(Reason(s) for the change)

3 変更日 (西暦) 年 月 日
(Date of the change) Year / Month / Day

学域承認

指導教員氏名

Supervisor

印

Seal (Signature)