様式７ Form 7

## 年 月 日

Year Month Day

## 医学研究科長 殿

To: Dean, Graduate School of Medicine

## 専 攻

Course

## 研究分野

Field of research

## 授業科目

Subject

## 指導教授 ㊞

Professor (Personal seal)

# 大 学 院 生 学 費 減 額 推 薦 書

**Recommendation for the tuition reduction for the graduate school student**

下記の者については、「大学院医学研究科学費減免内規」第４条第１項に該当しますので、許可していただくようお願いします。

Since the following student falls under Article 4, Paragraph 1 of the " Graduate School of Medicine Expenses Reduction and Exemption Internal Regulations", I hereby ask for the tuition reduction for the said student.

## 記

Description

## 年入学 第 学年

Admission in 20 academic year

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 |  |
| Name |
| 減額期間 | 年 ４ 月 １ 日 ～ | 年 ３ 月 ３１ 日 |
| Period of reduction | Year Month Date, – | Year Month Date, |
|  | （１年毎に申請する） |  |

(Application must be submitted per annum)

様式８ Form 8

## 年 月 日

Year Month Day

## 医学研究科長 殿

To: Dean, Graduate School of Medicine

## 専 攻

Course

## 研究分野

Field of research

## 授業科目

Subject

## 年入学（予定） 第 学年

Admission (scheduled) in 20 academic year

## 氏 名 ○印

Name (Personal seal)

# 大 学 院 生 学 費 減 額 願

**Application for the tuition reduction for the graduate school student**

大学院医学研究科学費減免内規第４条第１項に該当いたしますので、別添月額基本給等証明書に基づき、授業料減額を許可していただくようお願いします。

Since I fall under Article 4, Paragraph 1 of the Graduate School of Medicine Expenses Reduction and

Exemption Internal Regulations, I hereby ask for the tuition reduction based on the attached monthly basic salary certificate

## 添付証明書：

Attached certificate

## 記

Description

## 減額期間 年 ４ 月 １ 日 ～ 年 ３ 月３１日

Period of reduction Year Month Day － Year Month Day

## （１年毎に申請する）

(Application must be submitted per annum)