

平成29年度 名古屋大学医学保健学科

研究生 在学期間延長案内

名古屋大学医学部保健学科研究生において、在学期間が満了しても研究のため、なお引き続き在学しようとする者があるときは、学部長の許可を得て在学期間を延長することができます。

1. 延長の時期

延長の時期は、学期の始めとします。ただし、特別の事情がある場合はこの限りではありません。

2. 在学期間

(1) 在学期間は1年以内とします。ただし、学期の途中で延長した場合における在学期間は、当該学年末とします。

(2) 在学期間が満了しても研究のため、引き続き在学しようとする者があるときは、研究科長の許可を得て、在学期間を延長することができます。

3. 出願手続き

出願者は、あらかじめ指導を受けようとする指導教員の承認を得て、下記書類を提出してください。

(1) 出願に要する書類等

① 研究生在学期間延長願 [所定様式・指導教員の承認印があるもの]

② 研究計画書 [所定様式]

③ 写真1枚 (3 cm × 3 cm)

④ 返信用封筒

(角形2号の封筒に140円切手を貼付し、受信場所、氏名を記入したもの)

※ 在職のまま入学を希望する者は、⑤⑥も併せて提出すること。

⑤ 入学承諾書兼確約書 (勤務先 (所属長) 発行のもの) [所定様式]

⑥ 確約書 [所定様式]

(2) 出願期間

① 前期 (4月延長) 平成29年2月13日 (月) ~ 平成29年2月15日 (水)

② 後期 (10月延長) 平成29年7月10日 (月) ~ 平成29年7月12日 (水)

受付時間 10:00~16:00 (12:00~13:00を除く)

※ 郵送の場合は書留郵便とし、出願期間内に必着のこと。

(3) 願書の提出

〒461-8673

名古屋市東区大幸南一丁目1番20号

名古屋大学医学部・医学系研究科大幸地区事務統括課教務学生係

TEL (052) 719-3156, 1518

4. 選考方法

書類審査により選考を行います。ただし、必要がある場合は、面接（又は筆記試験）を行うことがあります。

5. 延長許可

延長の許可又は不許可は、決定次第（前期：3月中旬頃、後期9月中旬頃）本人あてに通知します。

6. 延長手続

研究生として延長を許可された者は、所定の期間内に延長手続をしてください。

7. 諸費用（※金額については、平成28年度実績であり変更の可能性があります）

① 授業料（月額）29,700円〔（半期分）178,200円〕

※4月及び10月に半期分の授業料を納入していただきます。

8. その他

① 出願後、記載事項の変更は認めません。

② 提出書類は返付しません。

9. 障害のある者等の出願

障害等があって、選考にあたり面接又は筆記試験を行う場合、試験場での特別な配慮を必要とする者にあっては、出願期間最終日までに、以下三点を医学部・医学系 研究科大幸地区事務統括課教務学生係まで提出してください。

① 受験上の配慮申請書（障害の状況、受験上配慮を希望する事項とその理由等を記載したもの（様式随意、A4サイズ））

② 障害等の状況が記載された医師の診断書または障害者手帳の写し。

③ 障害等の状況を知っている第三者の添え書(専門家や出身学校関係者などの所見や意見書)。

なお、必要に応じて、適宜それ以外の書類を添付しても差し支えありません。

また、試験に関して相談の希望がある者は、出願期限までに医学部・医学系研究科大幸地区事務統括課教務学生係まで問い合わせてください。

在学期間延長後の修学に関して相談の希望がある者は、医学部・医学系研究科大幸地区事務統括課教務学生係及び障害者支援室にて随時受け付けているので、問い合わせてください。

【医学部・医学系研究科大幸地区事務統括課教務学生係】

電話： 052-719-3156, 1518

Email: ihogakumu@adm.nagoya-u.ac.jp

【障害者支援室】

電話： 052-747-6963

Email: nudso@adm.nagoya-u.ac.jp

指導教員承認印

研究生在学期間延長願

平成 年 月 日

名古屋大学医学部長 殿

平成 年 月入学 研究生
現住所(〒 -)

ふりがな
氏名 ④
生年月日 昭和・平成 年 月 日生
メールアドレス

このたび下記事由により研究生の期間を延長したいので、ご許可くださるようお願いいたします。

記

1. 研究事項

2. 事由(詳細に)

3. 研究延長期間 自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日

(注) 予め、指導教員の承認印を受けること。

入学承諾書兼確約書

平成 年 月 日

名古屋大学医学部長 殿

所在地

名称

代表者氏名

印

下記の者が貴学部保健学科研究生として入学することを承諾します。また、同人が当社の事業目的の追求のために研究生として派遣するものではないことを確約します。

記

氏名 _____

所属・職名 _____

在学期間 自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日

確約書

平成 年 月 日

名古屋大学医学部長 殿

貴学部保健学科研究生として入学することについては、個人的研究のために教員の指導を受けることを確約します。

氏 名 _____ 印

勤 務 先 _____

所属・職名 _____