横浜市立大学医学研究科博士課程　研究遂行協力制度　申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日　記入

|  |  |
| --- | --- |
| 所属教室 |  |
| 学籍番号 |  |
| 学　　年 | 　　　　　　　年次生 | 入学年度 | 平成　　　　年度 |
| 氏　　名 |  |
| 今年度のおおよその年収※収入証明がない方のみ記入 | 万円 | 医師資格の有無 | 　　有　　無 |
| 【研究遂行協力制度への申請理由】 |
|  |
|  |