Form 5（卓越大学院Ally Course用）

 APPLICATION FOR ADMISSION／入学願書

【Special Research Student】／特別研究学生

 Date 　 / /

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Year Month　　　　Date

　To: Dean, Graduate School of Infectious Diseases, Hokkaido University

　国際感染症学院長　殿

 Name：

　　　　氏名

 (Family name) (First name) (Middle name)

Signature：

　I hereby apply for the admission to Graduate School of Infectious Diseases as a special research student as follows.

私は，国際感染症学院の特別研究学生として下記のとおり入学したいので，許可願います。

記

1. Research Title　研究題目

　One Healthフロンティア卓越大学院プログラム Ally Course

2. Period of Study　研究期間

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | From | 2023/　　　　7　/ 1  Year Month　　　　Date  | To | 　2024　　/　　9　　/ 30  Year Month　　　　Date  |

3. Name of Expected Supervisor　指導教員

　　　　　　　　　　　　　堀　内　基　広　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Seal