

実習用通学定期券申込書

年 月 日

神戸大学医学部長

大学院医学(系)研究科長 殿

下記のとおり申請したいのでお取計らい願います。

指導教員名()

学籍番号		学 年	課 程	年
フリガナ氏 名		生年月日	年 月 日(満 歳)	
現 住 所	〒			
電話番号		E-mail		
現在通学で利用している社線と区間 (例:市営地下鉄 西神中央～大倉山)		～		
		～		

実習を必要とする理由			
実 習 先 名 称 及 び 所 在 地	☐ 神戸大学大学院医学系研究科メドテックイノベーションセンター 神戸市中央区港島南町 1-5-1		
※該当に☑を記入	☐ 神戸大学六甲台第二キャンパス(工学部) 神戸市灘区六甲台町 1-1		
指導教員の職・氏名			
申 請 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
実 習 先 最 寄 駅			
↓ 自宅最寄駅から実習先最寄駅まですべての区間を記入すること。↓			
利用社線	乗車区間		
	～		
	～		
	～		
	～		

- * 他大学に実習に行く場合、特別研究学生の手続きを済ませましたか？(はい・いいえ)
- * 各交通機関に申請し、実習用定期券発売の承認が下りるまで、約1ヶ月かかります。
(神戸市交通局・JR・阪急・ポートライナー除く)
- * 申請期間は年度内とし、次年度も継続して利用したいときは、新たに申請すること。