

大学院博士課程の授業に替えるセミナーの受講証明書
Certificate of attendance to the Seminar which can be
replaced for graduate school works

学生の氏名 (Student's Name) _____

学生番号 (Student Number) _____

所属分野 (Department) _____

以下については、主催分野であらかじめ御記入願います。

日時 _____ 2009 年 6 月 22 日

Date _____ Jun 22.2009

代替希望授業科目 _____ B 5 神経情報科学理論

School work replaced for: B5 Human brain functional Science

講師 **Speaker** _____ Public Health, University of Cambridge

_____ Professor Carol Brayne

主催研究室 _____ 脳機能病態学

Host Lab. _____ Psych. Neuropathobio.

受講生の成績評価 _____ 点/100 点満点

(Student's score)

セミナーの主催者の方は、受講生に必要な事項を記入
させたくうえで、この証明書を回収し、医学系教務企画係
まで御提出願います。

氏名、学生番号、所属分野を記入のうえ、受講時にセミナー主催者
(池田教授)に提出してください。

After having made entry of a Name, Student Number, Department
Please submit it to Professor IKEDA at the time of attendance.