

※受験番号

※印欄は記入しないでください

# 長期履修申請書

年 月 日

岩手保健医療大学 学長殿

ふりがな  
氏名

印

岩手保健医療大学大学院長期履修に関して、下記のとおり申請いたします。

入学年度	年度
長期履修申請期間	年 4 月 1 日から 年 3 月 31 日まで( 3 年)
申請理由 (該当するものに○をつけ、詳細を記入してください。) 1. 職業を有している者 (在職証明書を添付してください。) 2. 介護・育児等に従事している者 3. その他やむを得ない事情のある者 ..... ..... ..... ..... ..... .....	
長期履修計画 (年度ごとの履修計画を記載してください。)	
主指導教員意見	
主指導教員署名 <span style="float: right;">印</span>	

※入学前に申請する場合、希望する指導教員の署名となります