|  |  |
| --- | --- |
| 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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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（該当するものに〇をつけ、詳細を記入してください。）1．職業を有している者（本学所定の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　　　　　　　　　　　㊞ |

＜希望する主指導教員の署名が必要となります＞