

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



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（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 _____ ⑩	

＜希望する主指導教員の署名が必要となります＞