

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（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

(印)

<希望する主指導教員の署名が必要となります>