(様式４)

# 長期履修申請書

（西暦） 年 月 日

北陸大学

大学院研究科長　　殿

受験番号（学籍番号）

氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

下記のとおり長期履修を希望するので申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入学（予定）年月日 | 修了予定年月日 | 履修予定年数 |
| （西暦） | 　年　　月　　日　 |  | （西暦）  | 年　　月 | 日修了 | 年 |
| 現 住 | 所 | 〒℡ | 　　　　　－ |
| 勤 務 | 先 | 勤務先名（職種）所在地 〒℡ － |
| 申 請 理 由 (長期履修の必要性) |  |
| 研究指導（予定）教員確認 | 　教員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |

(様式５)

# 履修・研究計画書

氏名 研究指導（予定）教員氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 在学年数 | 履修予定科目(単位数) | 研究計画の概要 |
| １年目 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ２年目 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ３年目 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ４年目 |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

(様式６)※長期履修用

北陸大学大学院研究科長　　殿

# 通学承諾書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏 名 | ㊞ |
| 履修予定期間 |
| （西暦） | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |

上記の者が、北陸大学大学院医療保健学研究科医療保健学専攻　修士課程において、標準修業年限を超えて上記の期間にわたり通学することを承諾します。

（西暦） 年 月 日

勤務先

代表者･所属長

職名及び氏名 ㊞

（※病院に勤務している場合、所属長は病院長となります。）

※ 印鑑については、公的な文書に押印する代表者印（公印）を用いてください。