年　　月　　日

長期履修学生制度申請書

群馬大学大学院保健学研究科長　殿

　　　　年度入学　学籍番号　　　　　　番

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

指導教員氏名　　　　　　　　　　　　　印

下記の事由により長期履修学生制度を利用したいのでご承認くださいますようお願い致します。

記

１．長期履修が必要な理由（詳細に）

２．長期履修の計画期間

　（西暦）　　　　　年　　月　～　　　　　年　　月　　総在学期間（予定）　　　年

３．就労している場合は、勤務先の名称、住所、就労時間

　勤務先　名称

　　　　　住所

　　　　　就労時間（１週間の平均）　　　　　時間

４．大学で学習および研究指導が受けられる時間（１週間の平均）

　　　　　　　　　　時間

５．授業料納付状況

　　１年次　前期分□納入済□未納　　　２年次　前期分□納入済□未納

　後期分□納入済□未納　　　　　　　後期分□納入済□未納

６．指導教員の意見