

長 期 履 修 許 可 願

年 月 日

明 海 大 学 長 殿

学籍番号

氏 名

㊞

下記の理由により、長期履修を希望したいので許可願います。

記

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-----|--|
| 入学年度 | 年度 | | |
| 履修期間 | 年 4 月 1 日 ～ 年 3 月 31 日 （履修期間 5 ～ 8 年） | | |
| 【 4 年の標準修業年限で歯学研究科の教育課程が修了できない理由】 | | | |
| 勤 務 先 | | 職 種 | |
| 指導教員の意見 | 指導教員 氏名 ㊞ | | |