

受験番号 (記入不要)	
----------------	--

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 3 1 日	履修 期間
			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		

※履修期間は5～8年とする。

※臨床研修医(Sコース)の方は長期履修学生として入学することになります。