

長期履修学生承認申請書

年 月 日

石川県立看護大学長 様

研究科

課程

学籍番号(受験番号)

氏名

下記のとおり長期にわたる教育課程の履修を希望しますので、石川県立看護大学大学院長期履修学生に関する規程第4条に基づき申請します。

記

入学年月日	年 月 日	
長期履修申請期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 年間）	
現住所	〒 電話番号（自宅） （携帯）	
勤務先	名称・職種等	
	所在地	〒 電話番号
理由		
履修計画		
指導教員の所見	教員名 印	

長期履修期間変更承認申請書

年 月 日

石川県立看護大学長 様

研究科

課程

学籍番号(受験番号)

氏名

下記のとおり長期履修期間の変更を希望しますので、石川県立看護大学大学院長期履修学生に関する規程第6条に基づき申請します。

記

入学年月日	年 月 日
許可済の履修期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 年間）
変更後の履修期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 年間）
変更の理由	
変更後の履修計画	
指導教員の所見	
	教員名 印