

(様式第1号)

## 長期履修申請書

(西暦) 年 月 日

群馬パース大学学長 殿

保健科学研究科保健科学専攻  
博士(前期・後期)課程

氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり長期履修を希望しますので、群馬パース大学大学院長期履修生に関する規程第4条に基づき申請します。

記

受験番号(学籍番号)			
入学年月日	修了予定年月日	履修予定年数	
(西暦) 年 月 日 入学	(西暦) 年 月 日 修了	年	
現住所	〒 Tel. — —		
勤務先	勤務先名(職種) 所在地 〒 Tel. — —		
申請理由 (長期履修の必要性)			
指導教員の意見	研究指導教員氏名 _____ 印		

(様式第2号)

## 履修・研究計画書

本人氏名

印

研究指導教員氏名

印

在学 年数	在籍 学年	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			

在学 年数	在籍 学年	履修予定科目(単位数)	研究計画の概要
5年目 ※博士後期 課程のみ			
6年目 ※博士後期 課程のみ			

(様式第3号)

群馬パース大学学長 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、群馬パース大学大学院保健科学研究科保健科学専攻博士（前期・後期）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 \_\_\_\_\_ 印

(※病院に勤務している場合、所属長は病院長となります。)

※ 押印していただく印鑑については、所属長又は代表者の私印ではなく、公的な文書に押印する代表者印（公印）を用いてください。