

指導教授名（署名）

長期履修申請書

年 月 日

大学院医歯薬学総合研究科長 殿

教育研究分野

学生番号

氏 名

大学院医歯薬学総合研究科において、標準修業年限を超えて一定の期間にわたる計画的な教育課程の履修を申請します。

希望する長期履修コース（希望するコースの□に✓を記入してください。）

- 8年コース（長期履修期間8年）・・・入学時対象（1年次から適用する学生が対象）
- 7年コース（長期履修期間6年）・・・2年次から適用する学生が対象
長期履修制度適用後、在学期間※が6年経過するまで修了が認められません。
- 6年コース（長期履修期間4年）・・・3年次から適用する学生が対象
長期履修制度適用後、在学期間※が4年経過するまで修了が認められません。

※休学期間は在学期間に含まれません。

- 注1) 勤務先の所属長発行による「承諾書（長期履修申請用）」を添付してください。
（病院に勤務している場合、所属長は病院長となります。）
- 2) 下記の連絡先を記入してください。
- 3) 入学予定者は、学生番号欄に受験番号を記入してください。
- 4) 長期履修制度の適用が認められても、授業料の支払い義務が免除されるわけではありません。

■ 連絡先住所・電話番号（勤務先 又は 自宅）

〒

住所：

TEL：

■ メールアドレス

承 諾 書

(長期履修申請用)

氏 名 _____

上記の者が、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科博士課程において、標準修業年限を超えて一定の期間にわたる計画的な教育課程（長期履修課程）を履修することを承諾します。

年 月 日

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科長 殿

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。