様式第１-2号

長期履修学生許可願

平成　　 年　　 月　　 日

兵庫県立大学長　様

　シミュレーション学研究科

　ふりがな：

　氏　　名：　　　　　　　　　　　印

下記のとおり長期履修学生として、許可くださるようお願いします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　験　番　号 |  | |
| 入学年月日 | 修了予定年月（○を付すこと） | 長期在学期間(○で囲むこと) |
| ２０２０年　４月　１日入学 | ・　２０２４年　３月　修了  ・　２０２５年　３月　修了  ・　２０２６年　３月　修了 | ４年　・　５年　・　６年 |
| 現　　住　　所 | 〒  ＴＥＬ：（　　　　）　　　　　－  ＦＡＸ：  e-mail： | |
| 勤務先（職種） |  | |
| 勤務先所在地 | 〒  ＴＥＬ：（　　　　）　　　　　－ | |