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：（　　　　）　　　　　－　　　　　　　　 |