様式第１-1号

長期履修学生許可願（博士前期課程）

令和　　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 | ・２０２３年　３月　修了・２０２４年　３月　修了 | ３　年　　・　　４　年 |
| 現　　住　　所 | 〒　　－ＴＥＬ：（　　　　）　　　　　－　　　　　　　　ＦＡＸ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 e-mail：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 勤務先（職種） |  |
| 勤務先所在地 | 〒　　－ＴＥＬ：（　　　　）　　　　　－　　　　　　　　 |