（別記様式２）

科 目 等 履 修 生 継 続 願

西暦　　　年　　　月　　　日

滋賀医科大学長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

　下記により、滋賀医科大学（医学部・大学院医学系研究科）の授業科目の履修を継続し

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（履修を希望する授業科目の配当区分について、いずれか一方に◯を付すこと）

たいので、許可くださるようお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 在籍期間 |  |
| 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日から |
|  |
| 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日まで |
| （履修を希望する科目の開講期間と揃えること） |
| 履修目的 |  |
| 最終出身学校名等 | 学校名： |
| 西暦 | 年 |  | 月 |  | 日 | 卒業・修了・退学 |
| （卒業・修了・退学の別について、いずれかに◯を付すこと） |
| 現住所 | 〒 |  | － |  |  | 電話 |  | － |  | － |  |
|  |
| 授業科目 | 単位数又は時間数 | 担当教員氏名 | 担当教員承認印 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |