

長期履修計画変更願

年 月 日

筑波大学人間総合科学学術院長 殿

入学年度 年度  
所属・年次 人間総合科学学術院  
学位プログラム 第 年次  
修士課程、博士課程（前期・後期・3年制・医学の課程）  
学籍番号  
氏 名 印  
現住所 〒  
電話番号  
携帯番号

下記により長期履修期間を変更いたしたくご許可くださるようお願いいたします。

記

1 履修期間の変更 \_\_\_\_\_年 月 日 ~ \_\_\_\_\_年 月 日  
(既長期履修許可期間 \_\_\_\_\_年 月 日 ~ \_\_\_\_\_年 月 日 )

2 期間変更理由 仕事の都合 介護のため 育児のため その他

具体的な事由

3 長期履修計画書 別紙のとおり

学位プログラムリーダー 確認印	指導教員 確認印