様式第１号

令和　　年　　月　　日

既修得単位認定等申請書

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科長　　殿

所属専攻

学生番号　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり，既修得単位の認定を申請します。また，既修得単位が認定された場合，併せて在学期間の短縮を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 単位を修得した大学・研究科等名 | 　　　　　　　　　　　　　　　大学　　　　　　　　　　　　　　　研究科　　　　　　　　　　　　　　　専攻 |
| 在学期間 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 入学　～　平成・令和　　　年　　　月　　　日 　　卒業　・　退学 |
| 認定を希望する医歯薬学総合研究科の授業科目 | 左記科目に対応する本学入学前に単位を修得した授業科目 | 両シラバスを照合して互換できると考えた理由 |
| 授業科目名 | 単位数 | 授業科目名 | 単位数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注）成績証明書又は学修の成果を証明する書類，授業科目の内容を記載した書類（カリキュラム，シラバス等）を添付すること。**