

2015年度

大学院科目等履修生志願書



フリガナ		性別	生年月日	本籍地	写真貼付 縦4cm×横3cm
氏名		男 ・ 女	19 年 月 日 (歳)	都・道 府・県	
最終学歴	大学 短期大学			学部 科	
現住所	〒 - 都・道 府・県 ()				登録番号
単位修得希望の有無 いずれかを で囲んでください。		有・無	単位修得を希望しない場合は、その理由を下記に簡潔にご記入 ください。		
勤務先 または 在籍学校 の有無	有・無	〔勤務先または学校名〕 左欄で有に をつけた方のみ記入してください。			
		〔所在地〕 左欄で有に をとつけた方のみ記入してください。 〒 - ()			
志望の動機					

※
いずれかを で囲んでください。
新規 ・ 既登録

健康診断受診希望の有無
いずれかを で囲んでください。
本学での受診を 希望する ・ 希望しない

年間登録単位数の上限は12単位までとなっておりますのでご注意願います。

単位修得履修申請科目(出願時に記入してください。)					選考結果	
開設研究科	科目名	担当教員	曜日・時限	単位数	履修可否	単位数
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
			曜日・限	単位	可・否	単位
氏名	生年月日		単位修得 履修申請 単位数計	単位	履修許可 単位数計	単位
	男・女	19年月日歳				

※印欄は記入しないで下さい。

[納付金]

選考料：5,000円(2,500円 1)

登録料(初年度のみ) 2:40,000円(20,000円 1)

科目等履修料：1単位につき10,000円(5,000円 1)

- 1 ()は本学卒業生ならびに東京都内、埼玉県内に勤務する方および東京都民・埼玉県民の方の金額です。
- 2 登録料は、科目等履修生として初めて履修した年度のみ必要となります。

受験番号

本学で健康診断を受診する場合は、提出の必要はありません。

健 康 診 断 書



* 太線枠内の志願者が記入してください。

フリガナ		性別	生年月日	19 年 月 日生(歳)
氏名		男 ・ 女	現住所	〒 - ()
あなたの体調について、あてはまるものに をつけてください ・ 結核に「感染」または「感染の疑いあり」と診断されたことがある (いいえ・はい) 年頃) ・ 結核の治療を受けたことがある (いいえ・はい) 年頃) ・ 肝炎で治療を受けたことがある (いいえ・はい) 年頃) 授業を受けるにあたって、健康管理上注意がありますか (いいえ・はい) 「はい」の場合、以下に具体的にお書きください 疾患名 _____ 内容 _____				

診 断 事 項

胸 部 X 線 検 査	撮影方法	直接	聴 力	(医師会話法)
	X線番号	No. _____		
	撮影年月日	20 年 月 日	医 師 問 診	
	所見			
備考				

診断の結果、貴学に通学し、講義を受講することに支障がないことを証明します。

20 年 月 日

住 所

医療機関名

医師の氏名

印

記入上の注意

(1) 診断事項は、医師が記入すること。

(2) 本診断書は、出願日前3ヶ月以内に作成したものに限る。