

2017年度

大学院科目等履修生志願書



フリガナ		性別	生 年 月 日	国籍(外国籍のみ)	写真貼付 縦 4 cm×横 3 cm
氏 名		男 ・ 女	1 9 年 月 日 (歳)		
最終学歴	大学 短期大学			学部 学科	年 卒業
現住所	〒 — 都・道 府・県			TEL ()	
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○をつけた方のみ記入してください。 〒 — TEL ()			
◎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

※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。

受験番号
※

健康診断書

* 太線枠内のみ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	〒	—			
						TEL	()

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、健康管理上注意することがありますか (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					

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。