**札幌医科大学大学院 保健医療学研究科 科目等履修生 入学願書　様式１**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ※受付 |  | ※受験番号 |  | 写真貼付（縦４㌢×横３㌢）最近３カ月以内に撮影したものを貼付すること |
| 志望する専攻(該当する専攻を○で囲む) | 看護学専攻 | 理学療法学・作業療法学専攻 |
| ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏　名 |  | 　　年　　月　　日 |
| 現住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　自宅電話：　　　　　　　　　　　　携帯電話：　　　　　　　　　　　　　メールアドレス： |
| 最終出身学校 |  |
| 所属機関等又は在学校等 | 有・無 | 名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：所在地：〒 |
| 履修希望科目名 | 担当教員 | 承認印 | 単位数 | 履修期間 |
|  |  |  |  | 前期・通年 |
|  |  |  |  | 前期・通年 |
|  |  |  |  | 前期・通年 |
|  |  |  |  | 前期・通年 |
|  |  |  |  | 前期・通年 |
|  |  |  |  | 前期・通年 |
| 合計科目数 | 科目 | 合計単位数 | 単位 |
| 　　札幌医科大学大学院保健医療学研究科の科目等履修生として入学したいので関係書類を添えて提出いたします。　　　　　　　年　　月　　日　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　札幌医科大学長　　殿 |

注　「所属機関等又は在学校等」の欄は、「定職に就いている者」又は「札幌医科大学以外の大学等に在学している者」が記入すること。

　　担当教員の承認印を押印後提出すること。

※欄は未記入のこと。