別記第１号様式

**授業科目履修届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大学院保健医療学研究科長　様

専　　攻

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学　　年

学籍番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

次の科目を履修したいので届けます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 授 業 科 目 | 担当教員 | 単位数 | 開講時期 | 備考 |
|  |  |  | □前期 　□後期  □通年（前期開講）  □通年（後期開講） |  |
|  |  |  | □前期 　□後期  □通年（前期開講）  □通年（後期開講） |  |
|  |  |  | □前期 　□後期  □通年（前期開講）  □通年（後期開講） |  |
|  |  |  | □前期 　□後期  □通年（前期開講）  □通年（後期開講） |  |
|  |  |  | □前期 　□後期  □通年（前期開講）  □通年（後期開講） |  |

※　上記開講時期について、「通年（前期開講）」は４月から翌年３月までの通年科目、「通年（後期開講）」は10月から翌年９月までの通年科目の場合に選択する。