**札幌医科大学 保健医療学部 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 |
| 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・後期・通年 |
|  |  |  |  | 前期・後期・通年 |
|  |  |  |  | 前期・後期・通年 |
|  |  |  |  | 前期・後期・通年 |
|  |  |  |  | 前期・後期・通年 |
|  |  |  |  | 前期・後期・通年 |
| 合計科目数 | 科目 | 合計単位数 | 単位 |
| 　　札幌医科大学保健医療学部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。

　　 ※欄は未記入のこと。