**札幌医科大学大学院 保健医療学研究科 科目等履修生 継続願書**様式４

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学籍番号 |  | 専攻 |  |
| 入学時期 | 　　　年　　　月　　　 |
| 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： |
| 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 |
|  |  |  |  | 後期 |
|  |  |  |  | 後期 |
|  |  |  |  | 後期 |
|  |  |  |  | 後期 |
|  |  |  |  | 後期 |
|  |  |  |  | 後期 |
| 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継続し学び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。