

平成30年度茨城県立医療大学大学院

科目等履修生入学願書

(博士前期課程・博士後期課程共通)

受験番号

※大学記入欄

出願課程	1 博士前期課程 2 博士後期課程 ※番号に○をつけてください。
大学院を志望する場合の専攻等	大学院を志望する場合の専攻(領域)の番号に○をつけてください。 (履修希望科目を制限するものではありません。) 博士前期課程: 1 看護学専攻 2 理学療法学・作業療法学専攻 3 放射線技術科学専攻 博士後期課程: 1 看護学領域 2 理学療法学領域 3 作業療法学領域 4 放射線技術科学領域

ふりがな				写真貼付 (縦4㌢×横3㌢)  最近3か月以内に 撮影したものを貼 付すること
氏名				
生年月日	年	月	日	
現住所	〒 ー TEL			
最終出身学校				昭和・平成 年 月 卒業・卒業見込 修了・修了見込
所属機関等 又は在学校等	有 ・ 無	名称: 所在地: 〒 ー	TEL	
履修希望科目 ※出願する課程の「開講科目一覧表」から選択し、記入すること。 ○履修を希望する全ての科目について、教員(専攻別教員連絡先参照)へ事前の相談をしていますか。 ※教員への事前の相談がない場合は出願できません。 → ( はい ・ いいえ )				
授業科目名	単位数	授業科目名	単位数	
茨城県立医療大学大学院保健医療科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。				
平成 年 月 日				
			本人氏名	印
茨城県立医療大学長 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「茨城県立医療大学以外の大学等に在学している者」が記入すること。