

20__年 月 日

昭和女子大学 学長 殿

*本学使用欄

学籍番号：

昭和女子大学 科目等履修生出願書

下記のとおり 20__年度(____)期 科目等履修生として履修をご許可くださいますようお願いいたします。
履修にあたっては、科目担当教員の指導に従うとともに、学則および諸規則を守り学業に励むことを誓います。

フリガナ		生年	西暦		
氏名 ※必ず押印して下さい		月日	年	月	日生(歳)
ローマ字		本籍地 ※都道府県名のみ記入		性別	
現住所	〒 _____ TEL(自宅) : _____ FAX : _____ TEL(携帯) : _____ E-mail : _____				
科目等履修生 在籍履歴	有・無	() 年度 前期・後期 学籍番号 ()			
		() 年度 前期・後期 学籍番号 ()			
学歴 (高校卒業から 記入し、在学中 も含めること)	西暦年・月	記 事 *正式名称を記入する			
	・	高等学校卒業			
	・				
	・				
	・				
職歴 (実務経験等詳 細に記入) パート・アルバイト等も含 めて記入し、現職につい ては現在に至ると付配する。	・				
	・				
	・				
	・				
	・				
履修目的 (具体的に記入)					

フリガナ 氏 名	
-------------	--

*本学使用欄 学籍番号：

履修希望科目

授業科目名	担当教員氏名	曜・講	単位数	単位認定	授業コード
				要・不要	
				要・不要	
				要・不要	
				要・不要	
				要・不要	
				要・不要	
				要・不要	
				要・不要	
				要・不要	
				要・不要	
単位数 合計					

20__年 月 日

各専攻主任 殿/各 学 科 長 殿
各授業担当教員 殿

*本学使用欄

学籍番号：

20__年度()期 科目等履修生履修願

科目等履修生として、下記の科目の履修をご許可くださいますようお願いいたします。

フリガナ			生年	西暦	
氏 名		年月日	年	月	日生(歳)
					性 別
英語氏名					
最終学歴 ※在学中は学校名を記載					修了 ・ 満期退学 卒業 ・ 在学中 ※いずれかを○で囲む
現 職 ※勤務先					
授業科目名				授業コード(7桁)	
開設 専攻/学科		単位数	単位	単位認定	要・不要
授業担当教員 氏 名		開設曜日	曜日	開設講時	講時
当該科目の 履修目的					

*履修を希望する科目 1 科目につき、1 枚記入すること。

(以下 本 学 使 用 欄)

承認印	
開設専攻主任/学科長	授業担当教員

教育支援課記入欄			
本人連絡	履修登録	受付	科目確認欄
			/

※本人へ履修の可否を連絡する必要があるため、承認後は速やかに教学支援センター教育支援課へご提出ください。なお、正規学生の履修者がいない授業は閉講となるため、履修者の有無が不確かな場合は、第一回目の授業終了後にご提出ください。

* 開設学科履修相談の際に、内容を記載のうえ持参ください。

20__年 月 日

科目等履修生履修願総括表

*本学使用欄
学籍番号()

フリガナ 氏 名	
-------------	--

資格の種類： _____

科目等履修生として、下記の科目の履修を希望いたします。

* 資格取得のため履修を希望する科目をすべて記入してください。* 今期、履修を希望する科目については、該当科目のNoに○印を記入してください。

No	科 目 名	単位数	履修予定 年度・期	備 考 (* 本学使用欄)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
合計単位数				

健康診断書

フリガナ 氏 名		生年月日 年 月 日生	男 ・ 女
住 所	〒		
胸部 X 線	直接 ・ 間接 撮影年月日 年 月 日 フィルム番号 No.		
所 見	なし ・ あり (詳細 :) <small>※結核等感染症の恐れがないことをご確認願います。</small>		

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

住所

電話

医療(受診)機関等名

