

(平成30年度)

受付番号	※
------	---

日本赤十字看護大学 科目等履修生 願書

出願年月日： 平成30年 月 日

出願種別	大学院看護学研究科(修士課程)			
新規・継続の別	新規 ・ 継続 <small>(該当箇所を○で囲んでください)</small>	学籍番号 <small>(継続の方のみ記入)</small>		
フリガナ		性別	写真貼付 (縦4cm×横3cm) 3ヶ月以内に 撮影したもの	
氏名		男 ・ 女		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
現住所	〒			
電話番号 (自宅)				
電話番号 (携帯電話)				
E-mail				
職業の有無	有 ・ 無 <small>(○で囲んでください)</small>			
勤務先				
所在地	〒 [電話() -]			
4月以降正規学生である場合、 該当箇所に○をしてください。	他の(大学・短大・大学院) ・ 専修学校 ・ 各種学校			
最終学歴 (該当するものについて記入してください。)	専門学校 短期大学	学科		
	昭和・平成 年 月 卒業・卒業見込			
	大学	学部	学科	
	昭和・平成 年 月 卒業・卒業見込			
	大学大学院	課程	研究科	専攻
	昭和・平成 年 月 修了・修了見込			
	大学評価・学位授与機構	学士		
昭和・平成 年 月 認定修了・認定修了見込				

註 ①※印欄を除き、太枠内に楷書で記入し、該当する事項を○で囲んでください。

②勤務先がある場合は、記入してください。

【個人情報の取り扱いについて】

この出願書類で取得した個人情報は、①選考結果の通知 ②学籍管理及び履修手続き ③科目等履修生証発行及び施設利用にかかる業務 ④履修、成績評価、単位認定等にかかる業務 に関連した事項を行うために利用します。