

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： 年 月 日

出願種別	看護学部看護学科		
新規・継続の別	新規 ・ 継続 (該当箇所を○で囲んでください)	学籍番号 (継続の方のみ記入)	
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	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 (○で囲んでください)		
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○をしてください。	他の(大学・短大・大学院) ・ 専修学校 ・ 各種学校 ・ 本学大学院		
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 ・ 令和 年 月 卒業 ・ 卒業見込		
	大学 学部 学科		
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 卒業 ・ 卒業見込		
	大学大学院 課程 研究科 専攻		
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 修了 ・ 修了見込		
	大学評価・学位授与機構 学士		
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 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】

この出願書類でお知らせいただいた個人情報は、①受入れ手続き業務、受入れ後の学籍管理 ②科目等履修生証発行及び施設  
利用にかかる業務 ③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。