

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： 2026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 <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> (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)
氏名		男・女	3ヶ月以内に 撮影したもの
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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (○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、 該当箇所に○をしてください。		他の(大学・短大・大学院) <input type="checkbox"/> 専修学校 <input type="checkbox"/> 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		
	年 月 卒業・卒業見込		
	大学		
	学部		
	学科		
	年 月 卒業・卒業見込		
大学大学院			
課程			
研究科			
専攻			
年 月 修了・修了見込			
大学評価・学位授与機構			
学士			
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。

③西暦で記入して下さい。

【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。