秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻　科目等履修生入学願

別紙様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　年　 　月　 　日

秋田大学大学院医学系研究科長　殿

志願者署名　　　 　　　　　　　　　　印

保証人署名　　　 　　　　　　　　　　印

貴研究科保健学専攻（博士前期課程・博士後期課程）に科目等履修生として入学したいので，許可願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
|  | | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 現住所 | （〒　　　－　 　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　-　　　　-　　　　　） | | | |
| 連絡先  （結果通知先） | （〒　　　－　 　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　-　　　　-　　　　　） | | | |
| E-mailアドレス |  | | | |
| 保証人 | 氏名 |  | 志願者との関係 |  |
| 住所 | （〒　　　－ 　　　）  　℡（　　　-　　　　-　　　　　） | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 最終学歴等 | 大　　学 | 大学　　　　　　　　　　学部　　　　　　　　　　　　　学科（課程等）  　　　　　　　　　　　　　　　　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　年　　　　月　卒業 ・ 卒業見込 | | |
| 大 学 院 | 大学院　　　　　　　　　　研究科　　　　　　　　　　　　　　　　　　専攻  　　　　　　　　　　　　　　　　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　年　　　　月　修了 ・ 修了見込 | | |
| 学位取得 | 学士・修士・博士（　　　　　　　　　　　）　　　（大学改革支援・学位授与機構）  Ｈ・Ｒ　　　　年　　　　月　取得 ・ 取得見込 | | |
| そ の 他 |  | | |
| 医療関係免許 | 免許：看護師免許　　　　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　　月 （№　　　　　　　　 　） | | | |
| 免許：　　　　　　　　　Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　　月 （№　　　　　　　 　　） | | | |
| 職　歴 | 期　　間 | | 勤務先 ・ 職名 | 臨床経験 |
| 年　　月～　 　年　　月 | |  | 年　　　月 |
| 年　　月～　 　年　　月 | |  | 年　　　月 |
| 年　　月～　 　年　　月 | |  | 年　　　月 |
| 年　　月～　 　年　　月 | |  | 年　　　月 |

|  |  |
| --- | --- |
| 履修の目的 |  |

履修申請科目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 履修期間  （前期・後期） | 授業科目名 | 単位数 | 授業担当教員名 | 認印 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 計　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 単　位 | | | | |

[注]

1．入学を希望する課程（博士前期課程，博士後期課程）の別を○で囲んでください。

2．本人と保証人の印は別にすること。

3．特定行為研修関連の科目を履修するためには看護師資格を有し，一定の臨床経験が必要となります。 「職歴」欄には臨床経験の有無（年月）を必ず記入してください。

4．「履修申請科目」については，事前に授業担当教員の内諾を得たうえで同教員から認印をもらってください。

5．E-mailアドレスは，緊急の連絡がある場合に使用しますので，必ず連絡が届くアドレスを記載してください。