

別紙様式 1

国立大学法人お茶の水女子大学 科目等履修生 入学願書

平成 年 月 日

国立大学法人お茶の水女子大学長 殿

氏 名 印

わたくしはこのたび貴大学科目等履修生として入学したいので、
許可くださるようお願いいたします。

ふりがな		生年	
氏 名		月 日	年 月 日生
本 籍 地	都・道・府・県		
現 住 所	〒	TEL	()
連 絡 先	〒	TEL	()
勤 務 先 (在 学)	〒	TEL	()
履 歴	年 月 日	高等学校卒業	
	年 月 日	大学	学部 入学
	年 月 日	大学	学部 卒業
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
取得資格名			
検 定 料	入 学 料	授 業 料	授 業 料
円	円	円	円

教務チーム受付

※ 学部
NO. _____

ふりがな	
氏 名	

写 真
4 cm × 3 cm
6 月以内に 撮影したもの


授業コード	履修科目名	単位数	担当教員名	教員印	期 間
					通年 前期 後期
					通年 前期 後期
					通年 前期 後期
					通年 前期 後期
					通年 前期 後期
					通年 前期 後期
					通年 前期 後期
					通年 前期 後期
					通年 前期 後期
					通年 前期 後期
					通年 前期 後期
合 計					

〔履修の目的〕 ※簡潔に記載して下さい（150字程度）

※印欄は記入しないこと。

健康診断書

ふりがな		判 定 検査不要 ・ 要再検 ・ 要精密
氏名		
生年月日	年 月 日生(歳)	
現住所	〒	

診 断 事 項					
視力	右	・ (・)	エックス線検査		
	左	・ (・)			
聴力障害	右	有 ・ 無			撮影: 年 月 日 直接・間接
	左	有 ・ 無			
その他の機能障害	有 ・ 無		その他の診断事項	(有の場合その内容)	
	(有の場合その内容)				
主な既往症	有 ・ 無		(有の場合その内容)	(有の場合その内容)	
	(有の場合その内容)				
<p>診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>検査機関名</p> <p>担当医師名 ⑩</p>					

記入上の注意について

1. 太枠内は本人自著のこと。
2. この健康診断書の診断事項は、もれなく検診の上、空欄のないよう記入してください。
3. エックス線写真は、証明書発行日の12か月以内に撮影のこと。
なお、妊娠中の者は、エックス線検査を省略して差し支えありませんが、その他の診断事項欄にその旨を記入してください。
4. 主な既往症の欄で、有の場合は罹患時の年齢と内容を記入してください。
5. その他の診断事項の欄は、内部疾患、運動障害又は精神障害で治療を要すると認められるもの、特に注意を要すると認められるものを記入してください。
6. この証明書は、願書受付日前 3か月以内に作成したものであること。

別紙様式3

承認書

平成 年 月 日

お茶の水女子大学長 殿

勤務先等： _____

所属長等： _____ 印

下記の者が、お茶の水女子大学の 科目等履修生 として出願し入学することを承認します。

記

氏名： _____

身元保証書

お茶の水女子大学長 殿

国 籍 _____

志願者氏名 _____

生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

上記の者が、お茶の水女子大学 科目等履修生 として在学する
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日までの
期間について、私が責任を負い身元を保証いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____
住 所 _____ 電話 _____

職 業 _____ 電話 _____

本人との関係 _____

フリガナ
保証人氏名 _____ 印

別紙様式5

平成 年 月 日

入 学 辞 退 届

下記のとおり 科目等履修生 の入学を辞退しますので、よろしくお願ひいたします。

氏 名 : _____ (印)

科 目 名 :

理 由 :

指導教員名 : _____ (印)

平成 年 月 日

科目取下げ願

下記のとおり 科目等履修生 の科目取下げを希望しますので、
よろしくお願ひいたします。

氏 名： _____ (印)

取下げ科目名：

取下げの理由：

指導教員名： _____ (印)