

年度〔前/後期〕科目等履修願

年 月 日

受付番号			顔写真貼付
フリガナ		男	
氏名		女	
生年月日	年 月 日生 (歳)		
現住所	〒 □□□-□□□□ 都道府県		
	※必ず連絡可能な携帯等の番号 (電話番号) ()		
	(大学・短期大学・専門学校名)		
	年 月		卒業・卒業見込
	年 月		卒業・卒業見込

◇下記科目の履修を希望しますので、選考料を添えて申し込みます(記入欄が不足の場合は別紙)

履修希望科目名	単位数	履修希望科目名	単位数	履修目的	
				合計単位数	単位

選考日	選考結果	学長	副学長	副学長	専攻科長	受付・備考
/	合・否					

キリトリセン

領 収 証					
様					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>金 5,000.- 円也</p> </div>					
※但し、科目等履修生選考料として、上記金額正に受領いたしました。					
年 月 日	<table border="1"> <tr> <td>受付</td> <td>経理</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	受付	経理		
受付	経理				
愛知県清須市一場519 愛知医療学院短期大学					

※科目等履修願い申請用紙の「履修希望科目」欄に記入できない場合に使用して下さい。

※申請用紙に添付して提出して下さい。

【申請者氏名】

㊞

履修希望科目記入欄

	履修希望科目名	単位数		履修希望科目名	単位数
1			9		
2			10		
3			11		
4			12		
5			13		
6			14		
7			15		
8				履修希望科目合計単位数	