

森ノ宮医療大学長 殿

聴講生申請書

私は、森ノ宮医療大学聴講制度規程並びに森ノ宮医療大学聴講制度規程施行細則に基づき、聴講生申請書を期日までに提出し、聴講生となることを志望します。なお、聴講生となるにあたっては学則をはじめ大学の諸規程を遵守することをお誓い申し上げます。

記

国家試験準備を目的とする聴講生 (学科)			
申請者	〒 住所 _____	←郵送での受け取りを希望する方で、返送用レターパックライトに住所の記載がない場合、この用紙を使用して送付します。	性別 男・女
	フリガナ 氏名 _____		生年月日(西暦) 年 月 日
	在学時の氏名・学籍番号 <small>(氏名 ※在学時と氏名が変更している場合のみ記載してください) (学籍番号 ※不明の場合、空欄でも可也です)</small>		日中連絡の取れる連絡先 (携帯電話番号)
			(メールアドレス)
保証人	〒 住所 _____	印	
	フリガナ 氏名 _____		
	電話番号 _____		
聴講生証受取方法	<p>受け取り方法を選択してください。聴講生証をお渡するまでに約3週間かかります。</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送 郵送での受け取りを希望する場合は、返送用「レターパックライト(※郵便局で購入可能)」の同封が必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> 教務課窓口 申請日より約3週間後以降に、本学教務課窓口まで受け取りに来てください。 ※窓口受取時間は、平日(※大学休業日を除く)9:00～18:00です。 ※身分証明書 運転免許証、健康保険証、パスポート等の公的機関が発行した証明書のいずれか1点を持参してください。</p>		
同封物確認欄 <small>※同封物を確認の上、☑を入れてください。 ※申請書類に漏れがあると受理できません。</small>	確認 <input type="checkbox"/>	聴講生申請書	
	確認 <input type="checkbox"/>	身分証明書のコピー <small>※運転免許証・健康保険証・パスポート等のコピーをいずれかひとつ同封してください。</small>	
	確認 <input type="checkbox"/>	返送用「レターパックライト(※郵便局で購入可能)」 ※郵送での受け取りを希望する場合のみ	
	確認 <input type="checkbox"/>	<small>※"お届け先"欄に聴講生証送付先の住所を記載願います。(※住所の記載がない場合、申請書内"申請者住所"欄に記載されている住所宛に送付します。)</small>	

上記聴講生申請書について聴講生申請書の提出があった場合にこれを許可します。

森ノ宮医療大学 学長
承認日 年 月 日

理事長	学長	学部長	学科長	教務課長	担当

※お手数ですが、最後の方は教務課までご返却ください。