（別記様式１）

科 目 等 履 修 生 入 学 願 書

西暦　　　年　　　月　　　日

滋賀医科大学長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

　下記により、滋賀医科大学（医学部・大学院医学系研究科）の授業科目を履修したいの

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（履修を希望する授業科目の配当区分について、いずれか一方に◯を付すこと）

で、許可くださるようお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在籍期間 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 西暦 | | |  | | | 年 | |  | | | 月 | |  | | 日から | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 西暦 | | |  | | | 年 | |  | | | 月 | |  | | 日まで | | | |
| （履修を希望する科目の開講時期と揃えること） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 履修目的 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 最終出身学校名等 | 学校名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 西暦 | | 年 |  | | | 月 | |  | | | 日 | | 卒業・修了・退学 | | | | | |
| （卒業・修了・退学の別について、いずれかに◯を付すこと） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒 |  | － | |  | |  | 電話 | | |  | | － | |  | | － | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 授業科目 | | | | | | 単位数又  は時間数 | | | | 担当教員氏名 | | | | | | | | 担当教員承認印 | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  | |