

受付 NO	
履修生番号	

2019年度 京都橘大学大学院 科目等履修生志願票(A)

年 月 日

希望専攻 (○をつけて ください。)	文学研究科	歴史文化専攻(博士前期課程)
	現代ビジネス研究科	マネジメント専攻(修士課程)
	看護学研究科	看護学専攻(博士前期課程)

フリガナ		性別	生年月日	写真貼付 最近3カ月以内 タテ4cm×ヨコ3cm 脱帽・正面・上半身
本人氏名	印	男・女	年 月 日 (歳)	
勤務先	出願時: 4月1日以降:			
国籍・本籍	国籍() 本籍() ※県名のみ記載			
本人現住所	〒 TEL() -			
大学からの 連絡先	〒 TEL() -			
出身大学	国・公・私立 大学 学部 学科 専攻・コース 年 月 日 卒業/卒業見込み/3年次修了/退学/退学予定/			
出身大学院	国・公・私立 大学大学院 研究科 専攻 課程 年 月 日 修了/修了見込み/			

フリガナ		続 柄	
保証人氏名			
保証人現住所	〒 TEL() -		

志願票の記入方法

- ①氏名は、戸籍に記載の氏名を楷書で正確に記入してください。外国籍の場合、外国人登録済証明書記載の氏名であれば通称名でも構いません。通称名を希望される場合は、その旨、明示してください。
- ②大学からの連絡先は、通常連絡がとりやすい場所をくわしく記入してください。
- ③写真は、2枚必要です。1枚は、志願票に貼り、もう1枚は「科目等履修生証発行申込書」に貼付してください。

受付NO	
履修生番号	

2019年度 京都橘大学大学院 科目等履修生志願票(B)

年 月 日

■学歴・職歴(高等学校入学から記入してください。)

外国人留学生の出願者については、小学校に相当する課程への入学からご記入ください。

年 月		入学
年 月		卒業
年 月		入学
年 月		卒業・卒業見込
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

■履修希望科目

	曜日	講時	コード	科目名(クラス)	担当 教員	単位	履修期間	備考	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
履修科目総数 _____ 科目					履修単位総数 _____ 単位				

履修希望科目の記入方法

- ①履修希望科目は、「時間割」を参照のうえ、正確に記入してください。
- ②単位は、「時間割」または「講義概要(シラバス)」を参照してください。
- ③履修期間は、「時間割」に指定してあるとおり、「通年」「前期」「後期」「集中」等を記入してください。
- ④1年間で履修できる単位は、最大12単位までです。
- ⑤「時間割」や「講義概要(シラバス)」は、本学ホームページで閲覧可能です(<http://www.tachibana-u.ac.jp/>)。

受付NO	
履修生番号	

2019年度 京都橘大学 科目等履修生証発行申込書

年 月 日

現住所	
ふりがな 氏名	
生年月日	年 月 日

写真貼付欄

写真裏面に、

- ・氏名
- ・所属大学
- ・科目番号

を記入のこと。

(縦4cm×横3cm)

職業等に関する調査（回答）〈2019年4月1日現在〉

この調査は、文部科学省などの調査・統計の回答のために使用し、その他の目的には使用いたしません。また、数値のみの調査であり、個人情報を報告するものではありません。

氏名：(_____)

★現在の職業等で、該当するものに○印を、また、必要な箇所は記入してください。

1. 有職者 … 現在の雇用形態

- a. 正規 b. 嘱託 c. パート d. アルバイト e. 自営業
f. その他 (_____)

2. 学生 … a. 大学院生 (本学 / 他大学) b. 大学生 c. 短大生
d. その他 (_____)

3. その他 (_____)

受付NO	
履修生番号	

健康診断書 (医師が記入のこと)

京都橘大学 学部・大学院 共通

氏名			男・女	19	年	月	日生()歳
現住所	〒						
身長	. cm		体重	. kg			
視力	右	()	聴力	右			
	左	()		左			
色覚	・異常なし ・ ()						
尿検査	タンパク()			糖()			
胸部X線検査	所見:						
既往症	既往症がある場合にはチェックしてください。 結核 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ()						
健康状況	診断の結果、本人の健康状況は下記のとおりです。						
特記事項							
診断年月日	年 月 日						

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

印