

年度

*記入不要

9 9 9

科 目 等 履 修 愿 書

該当する□欄にレ点をつけてください。

氏名	(フリガナ)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<p style="text-align: center;">写真 3ヶ月以内 撮影の鮮明なもの 背景無地 (縦45mm×横35mm)</p>	
	(姓)	(名)				
生年	(西暦) 4月1日現在の年齢を記入してください。					
月日	年	月	日生	(満) 才		
現住所	(フリガナ) 〒(-)					
	電話 :		携帯電話 :			
	E-mail :					
緊急連絡先	(氏名または名称) 電話 : 携帯電話 : 本人との続柄 ()					
最終学歴	(学校名)		(卒業等年月) 年 月 <input type="checkbox"/> 卒業・ <input type="checkbox"/> 修了			
職業等区分	<input type="checkbox"/> 本学大学院生 <input type="checkbox"/> 学生(本学以外) <input type="checkbox"/> 就業者(アルバイト・非常勤含む) <input type="checkbox"/> その他(主婦(夫)、高齢者等で職業に従事していない)					
受講目的	<input type="checkbox"/> 教養 <input type="checkbox"/> 資格取得()					
単位認定希望の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない					
過去の受講歴	年度、	年度、	年度			
受講許可後は天理大学の教育方針に従い、諸規則を厳守することを誓います。						
年 月 日	本人署名 _____					

※記載された個人情報は、手続き・学籍準備・科目等履修生証の発行に使用します。

年度科目等履修生受講希望科目および理由書

_____年_____月_____日

天理大学長 殿

つぎのとおり、受講希望科目および理由書を提出いたしますのでご許可願います。

※手書きの場合は、必ず鉛筆、シャープペン等で記入してください。ボールペン、万年筆は使用しないでください。

※ 右の記入例を参考にして、時間割コードを記入してください。→

※ 受講希望理由を裏面に記入してください。

【記入例】 E 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ここから下は記入しないでください

(学部)			学科主任	専攻主任		課程主任	係	受付日
許可	不許可	9	9	9					/

年度 受講希望理由

		9	9	9			
--	--	---	---	---	--	--	--

氏名

※手書きの場合は、鉛筆、シャープペン等で記入してください。

--

科目等履修生健康調査票

この問診票は、あなたの健康状態を知るもので、他の目的に使用することはありません。

質問に応じて記入してください。

記入年月日	年 月 日	性別	男 女
フリガナ			
氏名			
生年月日 (西暦)	年 月 日生	年齢 (4月1日 現在)	才
連絡先電話番号	— —		

既往歴があれば記入をお願いします。

既往歴：

現在の通院状態：

質問 現在の健康状態についておたずねします。

最近1年間に生じた症状で、下記に該当する番号の□欄にレ点を記入してください。

- | | |
|---|--|
| 01. <input type="checkbox"/> 頭痛または頭が重い | 13. <input type="checkbox"/> 手足や顔がはれる |
| 02. <input type="checkbox"/> めまいまたは立ちくらみがする | 14. <input type="checkbox"/> 肩こりが強い |
| 03. <input type="checkbox"/> 体がだるい、疲れやすい | 15. <input type="checkbox"/> 腰痛がある |
| 04. <input type="checkbox"/> 食欲がない | 16. <input type="checkbox"/> 関節痛や筋肉痛がある |
| 05. <input type="checkbox"/> せき、たんが2週間以上続く | 17. <input type="checkbox"/> 排尿困難がある |
| 06. <input type="checkbox"/> どきどきする | 18. <input type="checkbox"/> 目が疲れる、または目が痛い |
| 07. <input type="checkbox"/> 息苦しい | 19. <input type="checkbox"/> 物が見えにくい |
| 08. <input type="checkbox"/> 胸の痛みやしめつけがある | 20. <input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい |
| 09. <input type="checkbox"/> 胸やけや吐き気がある | 21. <input type="checkbox"/> 耳鳴りがする |
| 10. <input type="checkbox"/> よく腹痛が起こる | 22. <input type="checkbox"/> ぐっすり眠れない |
| 11. <input type="checkbox"/> よく下痢をする | 23. <input type="checkbox"/> その他 |
| 12. <input type="checkbox"/> 便秘気味である | |

[]

□ 9 9 9 □ □

科目等履修生証等作成台紙

学籍番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

写真貼付欄

(45mm×35mm)

該当する項目の□にレ点をつけてください。

科目等履修生 短期留学生 特別聴講学生

フリガナ	
氏名	

性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
----	--

生年月日	西暦	年	月	日
------	----	---	---	---

貼付写真について

- 写真は、以下の条件を満たすものとします。

最近3カ月以内に撮影した、上半身、正面、脱帽、背景無地のカラー写真

※写真の裏面に氏名を記入後、しっかりと貼付けること

氏名の表記について

- 他の提出書類と同じ文字で記入してください。
- 電算処理上表記できない文字は電算処理対応可能な文字で表示しますので、ご了承ください。

記入例

科目等履修生証等作成台紙

学籍番号	1234567890
------	------------

写真貼付欄

該当の□科目等履修生を選んでください。

該当する項目の□にレ点をつけてください。

科目等履修生 短期留学生 特別聴講学生

(45mm×35mm)

写真是、以下の条件を満たすものとします。

最近3カ月以内に撮影した、上半身、正面、脱帽、背景無地のカラー写真

写真の裏面に氏名を記入後、しっかりと貼付けること

フリガナ	テン リ ハナ コ
氏名	天 理 花 子

正確に記入し、フリガナをつけてください。

氏名の漢字表記は他の書類と統一して記入してください。

性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
----	--

※電算処理上表記できない文字は
電算処理対応可能な文字で表示しますので、ご了承ください。

生年月日	西暦 2000年 1月 1日
------	----------------

貼付写真について

- 写真是、以下の条件を満たすものとします。
最近3カ月以内に撮影した、上半身、正面、脱帽、背景無地のカラー写真
- ※写真の裏面に氏名を記入後、しっかりと貼付けること

氏名の表記について

- 他の提出書類と同じ文字で記入してください。
- 電算処理上表記できない文字は電算処理対応可能な文字で表示しますので、ご了承ください。