

科目等履修生志願書（：農食環境学群・獣医保健看護学類）

西暦 年 月 日

酪農学園大学長様

氏 名

西 暦 年 月 日生

所定の科目を履修するにあたり、科目等履修生としての入学を希望いたします。
つきましては、関係書類を添えて申請いたしますので、入学を許可くださいますようお願い申し上げます。

記

履 修 理 由	
単 位 修 得 希 望	有 ・ 無
科 目 等 履 修 期 間	自 西暦 年 月 日 至 西暦 年 月 日
履 修 科 目	裏 面 記 載

※教職課程履修希望者のみ記入

取得希望の免許状	
既取得の免許状	
介 護 等 体 験	済 ・ 未 (該当するものを○で囲んでください)
教 育 実 習	済 ・ 未 (該当するものを○で囲んでください)

【本学記入欄】

教 授 会 審 議 年 月 日	履 修 期 間	科 目 等 履 修 生 番 号
	自	
	至	

履 歴 書

西暦 年 月 日現在

ふりがな		性 別	写 真 縦 4 cm×横 3 cm (1) 正面・上半身 脱帽・無背景 (2) 本人単身胸から上 裏面のりづけ
氏 名			
生 年 月 日	西暦 年 月 日生 (満 歳)		
本 籍	都・道・府・県		
現 住 所	〒	TEL (自宅) TEL (携帯)	
連絡先 E-mail			
勤 務 先			
勤務先住所	〒	TEL	

※「性別」欄：記載は任意です。未記載とすることも可能です。

学 歴 (西暦で記入)	年 月 高等学校卒業
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
職 歴 (西暦で記入)	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月
	年 月

※学歴欄には、卒業した学群学類（学部学科）までご記入下さい。

履 修 科 目（農食環境学群および獣医保健看護学類）

	No	履修科目名	単位数	担当教員名	開講学類	学年	曜日	開講時限	履修期間				評価	扱印	備考
前 学 期	1							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	2							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	3							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	4							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	5							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	6							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	7							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	8							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
後 学 期	1							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	2							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	3							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	4							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	5							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	6							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	7							～	自 至	年 年	月 月	日 日			
	8							～	自 至	年 年	月 月	日 日			

※1. 太枠内をご記入ください。その他の空白部分は本学記入欄となります。

※2. 履修期間については、前学期は「自　〇〇〇〇年４月１日～　至　〇〇〇〇年９月３０日」、後学期は「自　〇〇〇〇年１０月１日～至　（翌年）年３月３１日」と西暦でご記入ください。

※3. 実験・実習・演習科目または資格関連科目（講義科目含む）をご希望の場合、受入人数に制限がある科目もございますので、事前に教務課までお問い合わせください。

酪農学園大学 科目等履修生志願者 健康診断書

ふりがな		※判定	検査不要 ・ 要検査 ・ 要精密
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
現住所	〒 —		

診 断 事 項						
エ ッ ク ス 線 検 査				視 力	左（ ）	右（ ）
				身 体 障 害	区 分	異常の有無
					運 動	有 ・ 無
					視 覚	有 ・ 無
					聴 覚	有 ・ 無
					言 語	有 ・ 無
	所見				その他	有 ・ 無
				異常の場合の 具 体 的 内 容		
健康 ・ 要観察 ・ 要治療						
主 罹 な 患 既 時 往 の 歴 年 と 齢	肺結核 歳	リウマチ 歳	主 な 現 在 症	<div>入学後の健康管理上注意すべき 疾病の有無とその内容</div>		
その他の結核疾病 歳	小児マヒ 歳					
() 歳	てんかん 歳					
気管支喘息 歳	神経症 歳					
心疾患 歳	精神病 歳					
腎疾患 歳	その他 歳					
そ 特 の 記 事 他 項						

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。		
年	月	日
住所（現在地）		
医療機関名		
医師の氏名		
印		

(注) 記入については、裏面記入上の注意を熟読のこと。
◎酪農学園大学の在学学生は医務室発行のものでも可。

記入上の注意

1. ※は本学が記入するものとする。
2. エックス線検査の欄については、直接撮影の場合は撮影年月日を、間接撮影の場合は撮影番号を記入すること。
3. 身体障がいの欄の運動については、小児まひによるものを含むものとし、また、視覚については弱視等、聴覚については難聴、言語についてはどもり等を含め、異常の有無を○で囲みその具体的内容を記入すること。
4. 主に既往症の欄は、該当疾患を○で囲み、罹患時の年齢を記入すること。例示以外の疾患で特に重要と認められるものについては、その他の箇所に、疾患名及び罹患時の年齢を記入すること。
5. その他特記事項の欄は、内部疾患運動障がい及び精神障害で、治療を要すると認められるもの、または、とくに注意を要すると認められるものを記入すること。
6. 検査方法等は学校保健法施行規則の定めるところによること。

写真票 Photo Slip

※太枠の中を記入し該当する項目に○をしてください。
Please fill in within the heavy-line frame and circle the applicable item.

番号	
----	--

ID番号									
区分 Classifications		研究生 (Research Student)・科目等履修生 (Non-degree Student) 特別科目等履修生 (Special Non-degree Student) 単位互換履修生 (Student on Credit Transfer System)							
所属 Faculty or Department	大学 University	獣医学群 (Veterinary Medicine) 農食環境学群 (Agriculture Food and Environment Science)							
	大学院 Graduate School	獣医学研究科 (Veterinary Medicine) 酪農学研究科 (Dairy Science)							
氏名 Name									
生年月日 Birth Date		year month day 年 月 日 生							

- この写真は、身分証明書に使用します (2枚目は予備です)
These photos are for ID card(the second is spare).
- 3ヶ月以内に撮影したもので、正面上半身・脱帽・無背景で
汚れやキズのないものを貼り付けてください。
These photos should be clear, taken within three monthas,
with full face without hat, and no background.
- デジタル写真の場合、写真専用用紙等を使用し、画質に
注意してください (不鮮明の場合、受付不可)。
For digital photos, please use photo paper and ensure high
image quality. (Unclear photos will not be accepted.)
- 写真裏面に名前を書き、糊付け又は両面テープで貼り付けて
ください。
Please write your name on the reverse of these photos and put
them on each frames with paste or double stick-tape.

写 真
縦4cm×横3cm

(1) 正面・上半身
脱帽・無背景
(2) 本人単身胸から上
(3) 裏面のりづけ

写真1 (Photo 1)

写 真
縦4cm×横3cm

(1) 正面・上半身
脱帽・無背景
(2) 本人単身胸から上
(3) 裏面のりづけ

写真2 (Photo 2)