

関西看護医療大学 令和 7 年度前期 科目等履修生・聴講生入学願書

出願年月日 年 月 日

※受付番号：

※太枠内に必要事項を記入し、写真を貼付してください。

出願種別	科目等履修生 ・ 聴講生 (該当箇所に○をつけてください)		性別	写真貼付 (縦 4cm×横 3cm)
氏名	(カガナ)		男 ・ 女	
生年月日	年 月 日生 (満 歳)			
現住所	〒 -			
電話番号 (携帯電話)	( ) -			
E-mail (任意)				
職業の有無	有 ・ 無 (○で囲む ある場合は下記の勤務先等を明記してください)			
勤務先名				
所在地	〒 -			
電話番号	( ) -			
保証人	氏名	(カガナ)	本人との続柄：	
	現住所	〒 -		
電話番号	( ) -			
科目等履修生または聴講生を希望する理由をお書きください				

※受付番号：

## 履 歴 書

学 歴	
年 月	高等学校卒業
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

職 歴	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	
年 月	

※大学記入欄

卒業証明書	成績証明書	写真2枚	検定料
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

関西看護医療大学  
学長 江川 隆子 様

施 設 名

住 所

施設長又は  
所属長名

⑩

## 承 諾 書

下記の者は、関西看護医療大学の（ 科目等履修生・聴講生 ）に出願しますが、  
入学した場合、在職のまま（ 履修・聴講 ）することを承諾します。

記

受験者氏名：

## 履修・聴講希望科目

※受付番号

氏名	(フリガナ)				単位数 (聴講生は不要)
	学年	学期	科目名		
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位
	科目等履修生 ・ 聴講生				単位

## 入学検定料票

振込受付証明書

貼 付

入学検定料を振込後、収納印のある「振込受付証明書」を貼付してください。