

※整理番号

群馬大学

医学部(保健学)

聴講生

入学願

大学院保健学研究科 (保健学専攻)

科目等履修生

群馬大学長 殿

写真貼付
(4cm×3cm)
上半身
正面
無帽

氏 名 _____ 印

貴学部

聴講生

今般、 の として下記の科目を(履修・聴講)したいので、入学を許可願います。

貴大学院

科目等履修生

氏名	(ふりがな)			
生年月日	昭和 年 月 日生 (男・女)			
科目名等	科目名	単位数	担当教員名	承認印
	合計単位数			
最終出身学校名	大学	学部	学科	平成 年 月 日卒業
	大学院		研究科	平成 年 月 日修了
本籍地 (都道府県のみ)	都道府県			
現住所	〒 _____	区	町	番地
	道	郡	村	
	府	市		
	県			TEL ()
勤務先名	TEL ()			

※印欄は記入しないでください。

履 歴 書	
本籍地	
現住所	
氏名・生年月日	昭和・平成 年 月 日生
学 歴 及 び 職 歴	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
免 許 :	昭和・平成 年 月 日取得
免 許 :	昭和・平成 年 月 日取得
学 位 :	昭和・平成 年 月 日授与
賞 罰	
上記のとおり相違ありません	
平成 年 月 日	氏名 (印)

就学承諾書

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

職 名 _____

上記の者が、平成 _____ 年度群馬大学（医学部・大学院保健学研究科）の
（科目等履修生・聴講生）として就学することを承諾します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

群馬大学長 殿

所属長又は任命権者 _____ 印

所属機関 _____

所在地 _____

電話番号 _____

保 証 書

平成 年 月 日

債 務 者	学 部 等		学籍番号						
	フリガナ								
	現 住 所								
	フリガナ								昭和 年 月 日生
	氏 名								㊞

上記の者が在学中、貴学に納付すべき授業料及び寄宿料（学生寮に入寮又は国際交流会館に入居を許可された場合）の債務の履行に関し、私が本人と連帯してその責を負うことを保証いたします。

連 帯 保 証 人	フリガナ								債務者 との 続 柄	
	氏 名							㊞		
	現 住 所	郵便番号 (数字で記入)				都道府県名				電話番号 ()
			-						-	
		住 所								
		(フリガナ)								

出納命令役

群馬大学財務部長 殿