

令和6年度 千葉県立保健医療大学 聴講生入学願書

(ふりがな) 志願者氏名						
生年月日		年	月	日	性別 男・女	
現住所		〒 電話 ()				
連絡先		〒 電話 () (自宅・携帯・勤務先)				
最終出身校		年 月 卒業・修了				
聴講科目	授業科目	単位数	開講期	曜日 時限	教員名	
	上記科目志望の理由					
	上記科目志望の理由					
	上記科目志望の理由					
1 聴講科目は以上です。 2 上記以外の履修科目は、別紙のとおりです。 (注) どちらかに○を付すこと。						
単位数計						
上記科目を聴講したいので、御許可くださるようお願いいたします。 年 月 日 千葉県立保健医療大学長 様 志願者氏名 印						

(注1) 「開講期」は、前期、後期、通年の別を記入のこと。

(注2) 受験料は、裏面に千葉県収入証紙(9,800円)を貼付すること。

(注3) 聴講科目が4以上ある場合は、別紙様式に記入し、願書に添付すること。

千葉県収入証紙貼付欄（入学検査料 9,800円）

（千葉県収入証紙は、市町村役場、千葉県庁生活協同組合、各県民センター、千葉県立保健医療大学等で販売しています。）

注1 消印しないこと。

2 重ねて貼らないこと。

3 千葉県収入証紙は国の発行する収入印紙とは異なるので注意すること。

4 千葉県収入証紙が手に入らない場合は、郵便為替（普通為替証書）で納入することも可能ですが、絶対に貼り付けないこと。

（願書の裏に両面印刷とすること。）

別 紙

聴 講 科 目	授 業 科 目	単位数	開講期	曜 日	時 限	教 員 名
	上記科目志望の理由					
	上記科目志望の理由					
	上記科目志望の理由					
	上記科目志望の理由					
	上記科目志望の理由					
	上記科目志望の理由					
	上記科目志望の理由					
	単 位 数 計					

(注) 履修科目がさらにある場合は、本様式を追加すること。