様式第１号（第２条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| **聴講生許可願（平成30年度前期）** | 写真添付  最近３か月以内に  撮影したものを貼付してください。  （縦４cm×横３cm） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 平成　　　年　　　月　　　日  兵庫県立大学長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |
| 本籍地（都道府県のみ） | | | |  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | | | ＴＥＬ | | |
| 職業（具体的に） | | |  | | | | | 勤務先及び所在地  ＴＥＬ | | | | |
| 最終学歴 | | | 年　　　　月　　　　　　　　　　　　卒業・修了 | | | | | | | | | |
| 聴講を希望する学部・研究科 | | | | | | 学部・研究科 | | | | | | |
| 以下の※については外国人の志願者のみ記載してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 国籍※ | |  | | | | | | | 在留資格※ | |  | |
| 在留期間※ | | 年　　　　月　　　　日まで | | | | | | | | | | |
| 日本における  緊急連絡先※ | | 氏名 | | |  | | | | | | | |
| 住所 | | | 〒  ＴＥＬ | | | | | | | |
| 本国連絡先※ | | 住所 | | | ＴＥＬ | | | | | | | |
| 聴講生として下記科目の聴講を希望しますので、許可くださるようお願いします。  記 | | | | | | | | | | | | |
| 科　目　名 | | | | | | | 教　員　名 | | 曜日・時限 | | | 備　　考 |
|  | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | |  | |  | | |  |

（注）全学共通科目については、備考の欄に「全学共通科目」と明記して下さい。

**履　歴　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 学  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 |  |
| 職  歴 | 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  |
| 年 月 日 |  |

(注意)・学歴欄は、初等教育（日本の小学校に相当）からの全ての入学、卒業等について　　 　　 記入してください。

　・学歴、職歴欄が足りない場合は、別の用紙（様式は問わない）を用いてください。

**健康診断書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 科目等履修生 | | | | |  | 特別聴講生 | |  | 聴講生 | |  | | | 研究生 | | |  | 研修員 |
| 本人記入欄 | ふりがな  氏　名 | | |  | | | | | | | 男  ・  女 | | 住　所  （連絡先） | | | | |  | | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | 出身学校等 | | | | | 大学  在学（　　　　年生）  　　　　　年　　　月  卒業（修了）・卒業（修了）見込み | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | | |
| 診断事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往症 | | | 無・有　（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康の状況 | | 身　長 | | | ㎝ | | | | | | | | | 体　重 | | | ㎏ | | | |
| 視力 | 右 | | （　　　　　　　） | | | | | | | | | | | 左 | （　　　　　　　） | | | |
| 聴力 | 右 | |  | | | | | | | | | | | 左 |  | | | |
| 結核 | 無・有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の疾病及び異常 | | | | | | 無・有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。  　　平成　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）  　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）１　視力の欄は、裸眼視力を左側に記入し、該当者は（　）内に矯正視力を記入すること。

　　　２　｢結核｣、｢その他の疾病及び異常｣の欄は、無・有のいずれかを○で囲み、有りの場合は（　）に記入すること。

３　検査方法は、学校保健安全法施行規則の定めるところによること。

**聴講生身元保証書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 兵庫県立大学 | ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |

　このたび、貴学に聴講生として入学するにあたり、聴講許可期間中は諸規則を守り聴講に専念することはもちろん、貴学に対する一切のことに関し、保証人とともに指示に従います。

　平成　　年　　月　　日

本　人

　　　　　　〒

　　　　　　現住所

　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電　　話

　　　　　　生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日生

保証人（なるべく阪神間又はその付近在住の独立生計者）

　　　　〒

　　　　　　現住所

　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電　　話

　　　　　　生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日生

　　　　　　聴講生との関係

　　　　　　勤務先名

　　　　　　勤務先住所

電　　話