

大垣女子短期大学 履修証明プログラム 申込書

令和 年 月 日

大垣女子短期大学 学長 様

下記の通り、大垣女子短期大学履修証明プログラムの受講を希望いたしますので、ご許可くださいますようお願い申し上げます。

履修希望 コース名	音楽療法コース
--------------	---------

※履修者番号
(大学側で記入)

ふりがな				写真貼付欄 (4 cm×3 cm)
氏名	Ⓔ			
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	本籍 [都道府県名]		半身脱帽正面向き 裏面に氏名を記入 3ヶ月以内に撮影
現住所 (連絡先)	[〒 -]			
	E-mail : 携帯/TEL()			
緊急連絡先	[〒 -]			
	氏名 携帯/TEL()			
履修の動機	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

学 歴 (高校卒業から記入)	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	

※連絡先の E-mail には、受講期間中のお知らせ等を配信します。

【申し込み区分】

- () 一般
- () 連携協定先の職員
- () 本学卒業生 (年度卒)

選考料 20,000 円 証紙貼付欄 (※大垣女子短期大学で受付時に購入)

受付Ⓜ