

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

下記のとおり、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	音楽総合学科 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	昭和・平成 年 月 日 (歳)	半身脱帽正面向き 裏面に氏名を記入 3か月以内に撮影	
現住所 (連絡先)	〒 — Tel : E-mail :		
緊急連絡先	氏名 : 続柄 : Tel :		
履修の動機			

学歴 (高校卒業から記入)	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	

※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。

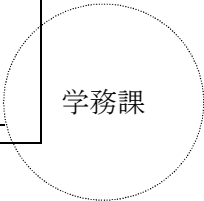
以下、() 内に○を付け、必要事項をご記入ください。

【申込区分】

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

【選考料 支払方法／事務処理欄】

支払方法	<input type="checkbox"/> pay pay その他 () <u>処理通番</u> _____	<input type="checkbox"/> ソラレジ <u>処理通番</u> _____
------	--	--



【領収証】

- () 不要
 () 要

「要」の場合の領収証宛名

()