

2023 年度 科目等履修生入学願書

大 阪 大 学 医 学 部 保 健 学 科
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

記入日 年 月 日

フリガナ			
名前			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
履修希望 科目数	_____ 科目 (_____ 単位)		
履 歴 事 項	学 歴	年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
	職 歴	年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
		年 月	
	医療系 免許・ 資格等	年 月	
		年 月	
		年 月	
連絡先 (住所・メール・電話)	〒 メールアドレス： 電話番号：		

写真貼付欄

縦 4cm×横 3cm

裏面つづきあり

履修希望科目表

名 前	
-----	--

授業科目名	単位	学期	曜日／時 限	担当教員
〔記入例〕△ △ △ △	1	秋～冬	金／4	〇〇 〇〇

履修目的	
------	--

検定料振込依頼書

必ずA4横サイズの紙に印刷してください。拡大・縮小した振込依頼書では手続きができません。
以下の振込依頼書を外側の太い枠線に沿って切り取り、金融機関窓口で手続きを行ってください。
※振込み前に点線の「切り取り線」では切り離さないでください。

大阪大学医学部保健学科
検定料納入証明書
(学生区分:科目等履修生)

金額	¥9,800
整理番号	6090
フリガナ	※
氏名	※

1. ※印欄は必ず記入してください。

国立大学法人
大阪大学
医学部保健学科

1

(ご依頼人 → 大学)

大阪大学医学部保健学科 科目等履修生 検定料
振込金(兼手数料)受領書

年月日	手数料					
金額			千		円	
		¥	9	8	0	0
先方銀行	三井住友銀行・豊中支店					
受取人	普通預金	7485091				
	大阪大学 保健学科					
ご依頼人(氏名)	(フリガナ)					

上記金額、正に領収しました。
【取扱店】

銀行
支店

2

収入印紙

(取扱店 → ご依頼人) 大切に保存してください

電信扱

大阪大学医学部保健学科 科目等履修生 検定料

振込依頼書

科目	検定料収入
----	-------

ご依頼日	年月日	電信扱	手数料					
先方銀行	三井住友銀行・豊中支店		金額			千		円
受取人	普通預金	7485091	通貨			¥	9	8
内訳	オオサカダイガク ホケンガク						0	0
	大阪大学 保健学科							
整理番号	←この数字はフリガナの前に打電のこと		振替					
6090	(フリガナ)※		領又は済振印替印	3				
ご依頼人	氏名	※						
	住所	※電話 ()	送信番号					

※印欄は必ず記入してください。

手数料振込人負担

(取扱店保存)