

整理番号

群馬大学 医学部聴講生 入学願
 医学部科目等履修生

群馬大学長 殿

氏 名

写真貼付
 (4cm × 3cm)
 上半身
 正面
 無帽

聴講生
 今般、貴学部の として下記の科目を（履修・聴講）したいので、入学を許可願います。
 科目等履修生

氏名	(ふりがな)			
生年月日	昭和 年 月 日生 (男・女)			
科目名等	科目名	単位数	担当教員名	承認印
	合計単位数			
最終出身学校名	大学	学部	学科	平成 年 月 日卒業
	大学院		研究科	平成 年 月 日修了
本籍地 (都道府県のみ)	都 道 府 県			
現住所	〒	-	区	町
	道		郡	村
	府		市	番地
	県			
			TEL	()
勤務先名			TEL	()

印欄は記入しないでください。

承 諾 書

勤 務 場 所 _____
〔 学 校 ・ 会 社 名 〕 _____
職 名 等 _____
氏 名 _____

上記の者は群馬大学医学部（ 科目等履修生 ・ 聴講生 ）として通学することを承諾します。

平成 年 月 日

所 属 長 _____ ⑩

保 証 書

平成 年 月 日

債 務 者	学 部 等											学籍番号				
	フリガナ															
	現 住 所															
	フリガナ											昭和 年 月 日生				
	氏 名											Ⓜ				

上記の者が在学中、貴学に納付すべき授業料及び寄宿料（学生寮に入寮又は国際交流会館に入居を許可された場合）の債務の履行に関し、私が本人と連帯してその責を負うことを保証いたします。

連 帯 保 証 人	フリガナ											債務者 との 続 柄				
	氏 名											Ⓜ				
	現 住 所	郵便番号 (数字で記入)					都道府県名					電話番号 ()				
						住					所					
		(フリガナ)														

出納命令役

群馬大学財務部長 殿