

単科目履修制度受講申込書

年 月 日

上海中医薬大学附属日本校

校長 矢尾 重雄 殿

本人 _____ 印

保護者
又は
保証人 _____ 印

写 真

縦4×横3 cm

1. 正面上半身、脱帽
2. 無背景、3 ヶ月以内に撮影したもの

・希望する科目の左（ ）に○を記入して下さい。

（ ） 中医基礎理論 / （ ） 中医診断学 / （ ） 中薬方剤学

（ ） 中医内科学 / （ ） 中医小児科学 / （ ） 中医婦人科学

（ ） 経絡腧穴学・中医鍼灸学 / （ ） 経絡腧穴学 / （ ） 推拿学

ふりがな			本 籍 地	
氏 名	男・女		都 道 府 県	
生年月日	西暦	年 月 日生	年 齢	歳
ふりがな				
現 住 所				
郵便番号		電話番号		
E-mail アドレス		携帯番号		
最終学歴	卒 業 卒業見込み			
資 格				
勤 務 先	(勤務先都市名)			

※保護者又は保証人の欄は未成年の方のみ記入して下さい。