聴講生入学願書 Application Form for Auditors

	年(Year)	月 (Month)	日(Day)
大学院獣医学院長 北海道大学 大学院国際感染症学院長 獣 医 学 部 長 To: Dean of the Graduate School of Veterinary Medicine/ Dean of the Graduate School of Infectious Diseases/ Dean of the School of Veterinary Medicine, Hokkaido Unive	ersity		写真添付欄 上半身正面脱帽像 (3ヶ月以内撮影のもの) (たて4cm×よこ3cm) Attach a head-and-shoulders photograph taken within the past 3 months 4 cm (H)×3cm (W)

新規・継続の別 Application category 所属 Graduate School or School affiliated with		審地 都 道 国籍) 府 県 onality
(ふりがな / Hiragana script) 氏 名 (生年月日) ※署名は必ず本人が自署すること Name (date of birth) ※Signature must be by the applicant	(署名 Signature (年 Year	月 日生) Month Day
本 人 現 住 所 Current address	(〒 −)	TEL
学 資 支 給 人 氏 名 (授業料連帯保証人) Source of financial support (guarantor for your tuition fees)		本人との 続 柄 Relationship
学 資 支 給 人 住 所 Current address	(〒 −)	TEL

このたび、下記の貴学院・学部授業科目を聴講したいのでご許可下さるようお願いします。 I ask your permission to attend the following courses.

記 (Details)

聴講理由	 	
Reason		

授業科目名 Course	単位 Credit	開講期 Semester	担当教員職名・氏名(署名) Instructor's signature

	履	歴	書	(Resume)	
	学	歴	(Educational	background)	
年(Year)	月 (Month)	日(Day)			高等学校卒業 igh school (graduation)
年(Year)	月 (Month)	目(Day)			
年(Year)	月 (Month)	目(Day)			
年(Year)	月 (Month)	目(Day)			
年(Year)	月 (Month)	日(Day)			
年(Year)	月 (Month)	目(Day)			
年(Year)	月 (Month)	目(Day)			
年(Year)	月 (Month)	目(Day)			
年(Year)	月 (Month)	目(Day)			
	職		歷 (Employi	ment history)	
年(Year)	月 (Month)	目(Day)			
年(Year)	月 (Month)	目(Day)			
年(Year)	月 (Month)	目(Day)			
資	格 • 賞	罰(Qua	lifications /Av	vards or punishmer	nts)
年(Year)	月 (Month)	∃ (Day)			
年(Year)	月 (Month)	∃ (Day)			
年(Year)	月 (Month)	目(Day)			
上記のとおり	上記のとおり、相違ありません。(I hereby declare that this statement is true and correct.)				
	年(Year) 月 (Month) 日 (Day)				
			署 名 Signature		

備考 ① 学歴は、高等学校卒業等以降を記入のこと Please write your educational background starting from high school graduation.

② 職歴記入の際、現職について退職予定等の場合はその旨記載のこと。 Please indicate if you are employed and going to retire or resign from your current job.