

令和5年度 大阪教育大学教育学部 科目等履修生入学願書

フリガナ		性 別	男 ・ 女	写 真 貼 付 最近3か月以内に 撮影した上半身、 正面脱帽のもの (縦4cm×横3cm)
氏 名	(旧姓)	生年月日 (西暦)	年 月 日生 () 歳	
現 住 所	〒 _____			
	TEL () - () - ()			
	携 帯 () - () - ()			
	E-mail ()			
勤務先名称				
勤 務 先 所 在 地	〒 _____			
	TEL () - () - ()			
主要学歴	学 校 名	在 学 期 間		
		年 月 ~ 年 月		
	高等学校 以降を記入 (見込を含む)	年 月 ~ 年 月		
		年 月 ~ 現 在		
主要職歴	勤 務 先	在 職 期 間		
		年 月 ~ 年 月		
	就職予定 者は予定 と記入	年 月 ~ 年 月		
		年 月 ~ 現 在		
主な免許 又は資格 (見込を含む)	免 許 ・ 資 格 の 種 類	取 得 年 月 日		
	教諭 免許状 (教科)	年 月 日 取得 (見込)		
	教諭 免許状 (教科)	年 月 日 取得 (見込)		
		年 月 日 取得 (見込)		
本学開講科目 の履修によ り、取得可能 となる免許・ 資格	免 許 ・ 資 格 の 種 類			
	教諭 免許状 (教科)	年 月 申請予定		
		年 月 申請予定		

受講希望 科目	科目名	単位数	担当教員	キャンパス	開講時期	曜日・時限	備考
				<input type="checkbox"/> 柏原 <input type="checkbox"/> 天王寺	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 集中	曜日 時限	
				<input type="checkbox"/> 柏原 <input type="checkbox"/> 天王寺	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 集中	曜日 時限	
				<input type="checkbox"/> 柏原 <input type="checkbox"/> 天王寺	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 集中	曜日 時限	
				<input type="checkbox"/> 柏原 <input type="checkbox"/> 天王寺	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 集中	曜日 時限	
				<input type="checkbox"/> 柏原 <input type="checkbox"/> 天王寺	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 集中	曜日 時限	
				<input type="checkbox"/> 柏原 <input type="checkbox"/> 天王寺	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 集中	曜日 時限	
				<input type="checkbox"/> 柏原 <input type="checkbox"/> 天王寺	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 集中	曜日 時限	
				<input type="checkbox"/> 柏原 <input type="checkbox"/> 天王寺	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 集中	曜日 時限	
				<input type="checkbox"/> 柏原 <input type="checkbox"/> 天王寺	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 集中	曜日 時限	
				<input type="checkbox"/> 柏原 <input type="checkbox"/> 天王寺	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 通年 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 集中	曜日 時限	
	合計 単位						
緊急連絡先	住所	〒 _____ TEL (_____) - (_____) - (_____)			本人との続柄		
	氏名						
履修目的 (具体的に)							
身体の障がい等のため受講に際し、配慮を求める事項		(適切な措置を講ずるため、障がいの程度等に関する書類を求める場合があります。)					