

単 位 認 定 申 請 書

令和 年 月 日

葛飾区医師会附属看護専門学校長 殿

入学年度 () 年度入学
氏 名

葛飾区医師会附属看護専門学校学則第 2 4 条に基づき単位の認定を受けたいので、
別紙のとおり、申請します。

| |
|---------------------------------------------------|
| () 年度入学 (氏名) _____ 連絡先電話番号 : _____ |
|---------------------------------------------------|

| 大 学 短期大学 専門学校 (その他の学校等) | | 学 部 課 程 | | 学 科 | | 年 卒 業 中 退 | |
|----------------------------------|--------------|------------|---------------|---------|--------------------------|---------------|--|
| (在学期間) | | 年 か ら | | 年 ま で | | | |
| 申請科目名 | 単位数 (時間数) | 既修得科目名 | 単位数 (時間数) | 履修年度 | *添付 書類 チェック | *認定 合否 | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| 申請 単位 | 基礎分野 | 単 位 | * 認定 単位 | 基礎分野 | 単 位 | *教務担当 確認署名 | |

- 注1) 申請者は太枠内のみ記入すること (*は学校使用欄)。枠内に書ききれない場合は、この用紙をコピーして使用すること。
- 注2) 「申請科目名」は、本校で単位の認定を受けようとする科目名及び単位数(時間数)を記入する。
- 注3) 「既修得科目名」は、他大学等で修得(修了)した科目で、申請科目の内容に相当すると思われる科目名及び単位数(時間数)、履修年度を記入する。
- 注4) 「申請科目名」「既修得科目名」は、1マスに1科目ずつ記入すること。

【添付書類確認】(□欄にチェックする)

出身大学等の成績証明書
 講義内容を示すもの(シラバスの写し等)