

履 歴 書

敬 愛 大 学
学 長 中 山 幸 夫 殿

氏 名 _____ ④ 出 身 国 _____

電話番号 _____ 生年月日 _____ 年 月 日生 (男・女)

メールアドレス _____

学 歴

学校名 (小学校から記入する)	期 間		在学 年数
所在地 (国地域名から記入する)	年 月から	年 月まで	
	年 月から	年 月まで	
	年 月から	年 月まで	
	年 月から	年 月まで	
	年 月から	年 月まで	
	年 月から	年 月まで	

※ 留学生は、日本における学歴も記入してください。

職 歴

会 社 名	期 間		在職 年数
	年 月から	年 月まで	
	年 月から	年 月まで	
	年 月から	年 月まで	
	年 月から	年 月まで	
	年 月から	年 月まで	
	年 月から	年 月まで	

敬愛大学科目等履修生志願理由書

敬愛大学

学長 中山 幸夫 殿

私は、敬愛大学（経済・国際・教育）学部

（経済・経営・国際・こども教育）学科の科目等履修生として履修を希望します。

履修希望科目		写真貼付 縦4cm×横3cm (過去3か月以内)
--------	--	--------------------------------

氏名	①	性別	男・女
生年月日	年 月 日		
住所	〒		
科目等履修生志望理由			
入学後の抱負			

健康診断書

2022年度 敬愛大学科目等履修生入学志願者用

※		※判定	検査不要・要再検査・要精密
フリガナ名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
現住所	〒 ー		
健康の状況	視力	右	()
		左	()
	聴力	右	
		左	
	結核	所見: 無・有 ()	
その他の疾病及び異常			



診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

記入上の注意

- ※印欄は大学が記入します。
- その他の疾病及び異常の欄は、運動障害、言語障害、慢性疾患、精神疾患など特に配慮を要するものを記入してください。

令和4年2月吉日

令和4年度敬愛大学科目等履修生
入学志願者 各位

学校法人千葉敬愛学園
敬愛大学
学長 中山 幸夫

検定料振り込みについて

表題の件について、下記のとおり実施くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 検定料：10,000円
2. 振込詳細：以下指定の銀行口座へ振り込みください。
 - (1) 銀行名：千葉銀行
 - (2) 支店名：中央支店
 - (3) 口座：普通
 - (4) 口座番号：3842899
 - (5) 振込先名：学校法人千葉敬愛学園（がっこうほうじんちばけいあいがくえん）
 - (6) 振込者名：出願者様本人の氏名
3. 振込期日：令和4年2月24日（木）
4. 振込済連絡：振込後、以下のメールアドレスに振込完了の連絡を願います。

宛名：kyohmu@u-keiai.ac.jp
件名：科目等履修生検定料振込連絡
本文：氏名、連絡先（携帯電話）
5. その他：以下4点確認ください。
 - (1) 振込手数料は振込者様負担となります。
 - (2) 検定料振込証明書（コピー可）は出願書類に同封ください。
 - (3) 一度振込された検定料はいかなる理由があろうと返金できません。
 - (4) 期日までに①検定料の納入及び②出願書類の提出を持って選考となります。

以上

【問い合わせ】

修学支援室（043-251-6363）