科目等履修生(大学院生命医科学研究科)

出願書類　郵送希望申請書

　科目等履修生用出願書類の郵送を希望する方は、以下を記入のうえ、

この郵送希望申請書と**【A返信用封筒】**を同封して、**【B郵送先】**へ郵送してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入事項 | 回答欄 |
| ①氏名（フリガナ） | フリガナ：  氏　　名： |
| ②送付先住所 | 〒　　　－ |
| ③日中連絡の取れる  電話番号(TEL) |  |
| ④必要とする  　出願書類 | 大学院 |
| ⑤制度の利用について | 初めて　・　以前に利用している |
| ⑥教職科目履修 | 希望有　・　希望無 |

【A返信用封筒】※必ず同封してください

　角形2号（A4用紙を折らずにそのまま入れられる大きさ）の封筒に、氏名（①）・返送先住所（②）を記入して、140円分の切手を貼ってください。

【B郵送先】※不明な点等ありましたら、こちらにお電話ください

　〒230-0045　横浜市鶴見区末広町1-7-29

　　横浜市立大学 教育推進課 鶴見キャンパス担当

**※封筒の表に「令和５年度 (大学院)科目等履修生出願書類一式請求」と赤字でご記入ください**

　　＜問い合わせ先TEL＞045-508-7201　＜対応時間＞月～金曜日（平日）8:45～17：00