

2020年度 歯学部聴講生 募集要項

1. 出願資格

聴講生を志望することのできる者は、歯科医師、医師又は大学の歯学部を卒業した者とする。

2. 出願書類

- (1) 入学願書(本学指定の用紙)
- (2) 履歴書(写真添付のないもの、電話番号の記入がないものは不可)
- (3) 最終学校の卒業証明書及び成績証明書
- (4) 在職中の者は、所属長の承諾書
- (5) 顔写真2枚・・・出願前3ヵ月以内に撮影のもの(縦4cm×横3cm)
1枚は、履歴書にのりづけすること。

※ フリクションボールペン、修正液・修正テープ等を使用した書類は受理しません。訂正の際は二重線と訂正印をお願いいたします。

3. 出願締切日

2020年2月21日(金)

4. 聴講科目

当該年度の開講科目のみ

5. 聴講期間

入学を許可された年度内(1年間)とする。ただし、聴講期間延長許可願(本学指定)を提出し、学長が認めたときは期間を延長することができる。

6. 授業料等

聴講を許可された者は、次に掲げる費用を納入しなければならない。

- (1) 授業料 120,000円(年額)
- (2) 既納の授業料は、理由のいかんを問わず返還しない。

※ 退学等の事務手続きが必要な事由が発生した場合には、必ず歯学部教務課(024-932-9005・9116)までご連絡ください。ご連絡頂けなかった場合に生じた不都合につきましては、本学では責任を負えませんのでご了承ください。

聴講生入学願書

令和 年 月 日

奥羽大学長 殿

住所

氏名

印

年 月 日生

奥羽大学 歯学部 の聴講生として、下記の科目を聴講いたしたいので入学を許可下さるようお願いいたします。

記

最終出身学校名 及び卒業年月	卒業 年 月 卒業見込	
現 職		
現在までの研究歴		
聴 講 期 間	令和 2 年 4 月 1 日 ~ 令和 3 年 3 月 31 日	
聴講科目	科目名	科目名
聴講理由		
備 考	※添付書類：卒業証明書、成績証明書、履歴書、現職者は所属長の承諾書	

履 歴 書

写真貼り付け欄

縦：4cm

横：3cm

ふりがな	生年月日(西暦)	性別
氏 名	年 月 日生 (歳)	男・女
ふりがな	本 籍 地	
現住所 〒		
自宅電話	携帯電話	
Email :		
年 月	学 歴	
年 月	職 歴	
年 月	学会及び社会における活動等	
年 月	賞 罰	
上記のとおり相違ありません。		
令和 年 月 日	氏 名	Ⓜ

奥羽大学

承諾書

奥羽大学長殿

以下の者が、奥羽大学歯学部_の聴講生として入学することを承諾致します。

令和 年 月 日

住 所 _____

勤務先名称 _____

役職・氏名 _____ 印