

2025(令和7)年度 科目等履修生願書

- ☐ 課程等履修生
- ☐ 一般科目等履修生

沖縄国際大学科目等履修生に関する規程第4条に基づき、以下のとおり入学を志願いたしますので、ご許可下さいますようお願い申し上げます。

フリガナ			性別	履修生番号	旧履修生番号・学籍番号	○ 証明写真 貼り付け 縦4cm×横3cm	
氏名			男・女		*記入不要		
生年月日	西暦 年 月 日生 (歳) ※入学日時点						
履修期間	通年・前期・後期 (2025年 月 日 ~ 年 月 日)						
本学大学 院生は記載	研究科・専攻						
	大学院学籍番号						
最終学歴	年 月 高等学校卒業						
	年 月 大学 学部 学科卒業						
現住所	〒 TEL						
連絡先等	携帯電話	- -					
他校に籍を 置く者は学 校名を記載				就業してい る者は就業 先名を記載			
履修目的	1.教員免許取得 (取得予定免許教科：) 2.学芸員資格取得 3.日本語教員資格取得 4.図書館司書資格取得 5.学校図書館司書教諭資格取得 6.社会調査士資格取得 7.上級情報処理士資格取得 8.ウェブデザイン実務士 9.上級環境ビジネス 10.環境ビジネス 11.学位取得 12.学力の向上 13.その他()						
履修希望科目							
科目名	単位	備考	履 修 希 望 科 目	科目名	単位	備考	
※科目等履修生が取得できる単位数は30単位以内です。							

沖縄国際大学

課長	担当	入 学 検 定 料
		15,000円 (本学大学院学生免除)

2 《願書の記入に際して》

- ◎必ずペンまたはボールペンで記入して下さい。
- ◎訂正の際は、氏名欄以外は修正液等を使用していただいて結構です。氏名欄は朱の二重線で訂正して下さい。

《願書記入例》

20** (令和*)年度 科目等履修生願書

☒ 課程等履修生
☐ 一般科目等履修生

西暦 年 月 日生 (歳) ※2025年4月1日現在

通年・前期・後期 (年 月 日 ~ 年 月 日)

ご許可下さいますようお願い申し上げます。

フリガナ オキコク タロウ

氏名 沖国 太郎

性別 男・女

履修生番号

旧履修生番号・学籍番号 16****

生年月日 西暦 19**年 **月 **日生 (**歳) ※2025年4月1日現在

履修期間 通年・前期・後期 (20**年4月1日 ~ 20**年 **月 **日)

本学大学院生は記載

研究科・専攻

大学院学籍番号

最終学歴 年 月 高等学校卒業

20**年 **月 沖縄国際大学 法学部 地域行政学科卒業

現住所 〒 901-2701

沖縄県宜野湾市宜野湾二丁目6-1 学内アパート3号棟1

TEL 098-892-1111

連絡先等 携帯電話 ****-****-****

他校に籍を置く者は学校名を記載

就業している者は就業先名を記載

履修目的

1. 教員免許取得 (取得予定免許教科: 公民) 2. 学芸員資格取得

3. 日本語教員資格取得 4. 図書館司書資格取得 5. 学校図書館司書教諭資格取得

6. 社会調査士資格取得 7. 上級情報処理士資格取得 8. ウェブデザイン実務士

9. 上級環境ビジネス 10. 環境ビジネス 11. 学位取得 12. 学力の向上 13. その他 ()

履修希望科目

科目名	単位	備考	科目名	単位	備考
進路指導・生活指導	2				

※科目等履修生が取得できる単位数は30単位以内です。

課長

担当

入学検定料

15,000円

(本学大学院学生免除)

あてはまるものにチェックを入れて下さい。

以前に本学に在籍していた方は記入して下さい。

出願時より3か月以内に撮影したものを使用し、裏に氏名を記入して下さい。
※脱帽のこと

前期: 2025年4月1日~2025年9月20日
通年: 2025年4月1日~2026年3月31日
後期: 2025年9月21日~2026年3月31日

最終学歴を記入して下さい。
※短大、大学等を卒業された方は高等学校の記入は不要です。
※最終学歴が専門学校等の場合は卒業された高等学校を記入して下さい。

確実に連絡の取れる連絡先を記入して下さい。

該当する番号に○をして下さい。
該当するものがなければ、その他 ()内に具体的な履修目的を記入して下さい。

今年度履修したい科目名全てを記入して下さい。この欄に記入していない科目の履修は原則として認められませんので、ご注意下さい。

証明書発行機にて納入します。
本学大学院生で、免除対象となる場合は、出願時に学生証または合格通知をご提示願います。

沖縄国際大学(科目等履修生) 健康診断書

フリガナ		性 別
氏 名		男 女
生年月日	年 月 日 生	歳 健康診断受診時
住 所	(〒 -)	
電話番号	() -	

身 長			cm	胸部X線検査
体 重			kg	年 月 日撮影 異常なし ・ 異常あり
視 力	右	()		
	左	()		
聴 力	右	異常なし 異常あり		
	左	異常なし 異常あり		
血 圧	/		mmHg	
検 尿	蛋白 () 糖 () 潜血 ()			
主 な 既往歴				
そ の 他 の 疾 病 お よ び 異 常	身体障害者手帳のある方は等級を記入 (級)			
就学上の問題点 (なし ・ あり) ※ありの場合具体的に				

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	
住所 (所在地) 医療機関名 医師の氏名	印

記入上の注意

- 「視力」欄については、矯正視力のみでも可とする。なお矯正視力は()に記入のこと。
- 「その他の疾病および異常」欄には、内科疾患・運動障害および精神障害で治療を要すると認められる事項、または特に注意を要すると思われる事項があれば記入のこと。
- 検査方法は、学校保健法施行規則の定めるところによる。