大阪公立大学大学院　リハビリテーション学研究科　履修証明プログラム

地域リハビリテーション学コース受講申請書

ふりがな

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | **印**  　　　　　　　　　（＊直筆サインの場合、押印省略可） | | | | | | | | 男  女 | | 顔写真貼付  (デジタルデータ可)  ＊4ｃｍ×3ｃｍ |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日（　　　歳） | | | | | | | | | |
| 現住所 | | 〒 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 自宅電話番号 | | ( 　　 ) | | | | | | | | |
| 携帯電話番号 | | ( 　　 ) | | | | | | | | |
| メールアドレス | | ＊募集要項の申請手続き（１）のメールと同じアドレスを記載してください。 | | | | | | | | |
| 職種 | | 理学療法士　　　　　　　　　 　作業療法士 | | | | | | | | | | |
| 学    歴 | 資格取得に関する事項 | 【選択】　3年制（短期大学・専門学校）　・　　4年制（大学・専門学校） | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　卒業 | | | | | | | | | | |
| 最終学歴 | 年　　　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　卒業 | | | | | | | | | | |
| 職 歴  ＊経験年数が  分かるように  記入して下さい | | 施設名（会社名） | | | 年　　 月　 ～　 年　　 月 | | | | | | き  年　か月　　花月　 ～　 年　　 月  期　　間 | |
|  | | |  |  |  |  |  | |  | |
|  | | |  |  | ~  ~ | ~ |  | |  | |
|  | | |  |  |  |  |  | | 年　か月　　花月　 ～　 年　　 月 | |
|  | | |  |  | ~ |  |  | | 年　か月　　花月　 ～　 年　　 月 | |
| 勤務先 | | 有  ・  無 | 名称：  年　か月　　花月　 ～　 年　　 月  所在地：〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　Tel　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | |

氏名が直筆サインの場合、押印省略可

大阪公立大学大学院　リハビリテーション学研究科　履修証明プログラム

記入例

地域リハビリテーション学コース受講申請書

ふりがな

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | | こうりつ　　たろう  公 立  公立　太郎  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | 男  女 | | 顔写真貼付  (デジタルデータ可)  ＊4ｃｍ×3ｃｍ |
| 生年月日 | | 昭和・平成　△□　年　10　月　1　日（　△△　歳） | | | | | | | | | |
| 現住所 | | 〒  583-8555  大阪府羽曳野市はびきの3-7-30 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 自宅電話番号 | | ( 　　 )  090 | | | | | | | | |
| 携帯電話番号 | | ( ○○○○ ) △△△△ | | | | | | | | |
| メールアドレス | | ○○○＠□□□.△△.△△  ＊募集要項の申請手続き（１）のメールと同じアドレスを記載してください。 | | | | | | | | |
| 職種 | | 理学療法士　　　　　　　　　 　作業療法士 | | | | | | | | | | |
| 学    歴 | 資格取得に関する事項 | 【選択】　3年制（短期大学・専門学校）　・　　4年制（大学・専門学校）  〇〇〇〇 | | | | | | | | | | |
| 年　3　月　　　　　　　　　　 卒業  □□大学　経済学部  △△専門学校 | | | | | | | | | | |
| 最終学歴 | 年　3　月　　　　　　　　　　　　　　 　卒業  △△△△ | | | | | | | | | | |
| 職 歴  ＊経験年数が  分かるように  記入してください | | 施設名（会社名） | | | 年　　 月　 ～　 年　　 月 | | | | | | 期　　間 | |
| 〇〇訪問看護センター | | |  | 4 | ～  4  ～ |  |  | | 10年　3か月　　花月　 ～　 年　　 月 | |
| △△△病院 | | | 2010  1998 | 4 | ～ | 現在  2010 |  | | 12 年　0か月　　花月　 ～　 年　　 月  3 | |
|  | | |  |  | ~ |  |  | | 年　 か月  年　 か月 | |
|  | | |  |  | ~ |  |  | |  | |
| 勤務先 | | 有  ・  無 | 名称：  　△△△病院  所在地：　〒000-0000  大阪府大阪市□□□1-2-3  　　　　　　　　　　　　　　　Tel　△□○（　△□○　）　△□○ | | | | | | | | | |