

大阪大学薬学部
科目等履修生医療薬学専修コース入学願書

大阪大学薬学部長 殿

写 真 貼 付 欄
4.5 cm
3.5 cm

ふりがな	
出願者氏名	
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	
昼間連絡先	
E-mailアドレス	

ふりがな	
保護者等氏名	
住所	
電話番号	

私こと令和7年度貴学部科目等履修生医療薬学専修コースとして下記科目を履修したいので、ご許可下さいますよう、お願いいたします。

記

科目名（単位数）	学 期	曜日／時限	講義担当教員	講義担当 教員認印	備考
（ ）					
（ ）					
（ ）					
（ ）					
（ ）					
（ ）					
（ ）					
（ ）					
（ ）					
（ ）					

提出日 令和 年 月 日

実習担当教員認印	
----------	--

※検定料納付確認印(会計係)	
----------------	--

履 歴 書						
現住所				生年 月 日	年 月 日	
フリガナ 氏 名			本籍 国籍		在留 資格	男 女
学 校 高等学校以降(留学生は小学校以降)を記入すること						
年 月		入学				
年 月		卒業				
年 月		入学				
年 月		卒業				
年 月		入学				
年 月		卒業				
年 月		入学				
年 月		卒業				
年 月		入学				
年 月		修了				
年 月						
年 月						
研 究 歴						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
職 歴						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 氏 名						

検定料の振込みについて

大阪大学薬学部
大阪大学大学院薬学研究科

検定料は下記の口座に振込み願います。なお、振込手数料は振込者負担です。
また、依頼人名は出願者の氏名と同一にしてください。

振込口座	銀行名	三井住友銀行
	支店名	豊中支店
	預金種別	普通預金
	口座番号	7 4 8 5 1 0 6
	口座名義	* オオサカダ イゲキヤカク 大阪大学薬学部
振込金額（検定料）		9, 8 0 0 円

* A T Mを利用される場合は「コクリツダ イゲキオオサカヤカク」と表示されます。