

既修得単位認定申請書

平成 年 月 日

神戸大学医学部長 殿

学 科 保 健 学 科
専 攻 学専攻

氏 名

住 所

TEL

出身学校 大学

学部・学科

入 学 年 月 日 年 月 日入学

卒業・退学年月日 年 月 日卒業・退学

神戸大学教学規則第 36 条並びに神戸大学医学部規則第 9 条により既修得単位の認定を受けたいので、下記関係書類を添付して別紙のとおり申請します。

記

1. 成績証明書
2. 講義要項等の写(講義内容を明示できるもの)(A 4 版に統一したもの)

電話番号

E-MAIL

不備等がある場合連絡いたします。