

科目等履修生・聴講生 出願チェック表

種 別	科目等履修生 ・ 聴講生	出 願 先	教育 ・ 人科 ・ 文学 ・ 院[]
出願者名		履修期間	(春)2022年4月1日 ～ 9月30日 or 2023年3月16日 (秋)2022年10月1日 ～ 2023年3月16日

下記の事項を確認した上で、出願いたします。

出願者サイン

年 月 日

	事務局	出願者	チェック内容
出願書類	共通		願 書 【本学指定のもの】
			履 歴 書 【本学指定のもの】
			健康診断書 【本学指定のもの】
			最終学校の卒業証明書 (注1参照)
			検定料 (10,000円) 領収書のコピー
確認事項	共通		複数の学部の科目を同時に履修していない。
			春学期に出願された方が秋学期に科目を追加する場合、改めて出願する必要がある。(出願書類及び検定料の納入が必要になる。(注3参照))
	該当者のみ		面接日の通知 【他大学卒で教育学部希望の場合のみ(注2参照)】
	教員免許状に必要な科目の履修希望者のみ		教育実習：文教大学出身で、文教大学指定の履修条件を満たしている。
			教育委員会に教員免許申請に必要な単位数について、相談・確認済みである。
		2019年度以降在籍の科目等履修生については新法が適用されることを確認済みである。	

(注1) = 卒業証明書 (本学卒業生)

送付の際、100円分の切手を同封し、下記備考欄に

「卒業生のため、卒業証明書発行をお願いします」と記載してください。

※卒業証明書は作成後、ご本人を経由せず、出願書類と合わせます。

(注2) = 他大学卒業生が教育学部の科目に出願する場合、面接が必要となります。

詳細については、2月以降、教務課へお問い合わせください。

【秋学期出願期間のみ】

(注3) = 春学期に出願しており、秋に科目を追加するために出願する場合は、同一年度内ですでに健康診断書・卒業証明書の提出を受けているので、追加提出は不要とする。

【備考】 (「教育学部面接有り」など、必要に応じご記入をお願いします。)

	事務局受付
	/
	印

*受付後、書類を封筒に入れ、この用紙を封筒に貼ってください。

留学生の方は要提出

文教大学科目等履修生 出願書類一覧

提出日: 年 月 日

志望学部・研究科 出願者氏名	学部: 教育・人間科・文 大学院: 教育学・人間科学・言語文化
-------------------	---------------------------------

留学生(国内在住者) ※出願書類提出の際に、この用紙も同封してください。

確認欄	出願書類	詳細(備考)
	願書・履歴書(所定用紙)	顔写真貼付(4cm×3cm)
	健康診断書(所定用紙)	出願3カ月以内に医療機関で作成
	卒業(見込)証明書	日本語訳添付すること
	成績証明書	日本語訳添付すること
	出身(卒業)大学の推薦書	日本語訳添付すること
	勤務先所属長の承諾書または推薦書	社会人の場合のみ提出
	検定料(10,000円)領収書のコピー	本学卒業生(別科修了者を含む)は免除
	アドバイザー届出書(所定用紙)	
	日本語能力証明書(原本)	
	在留カードの写し(表裏) (又は、在留カードとみなされる外国人登録証明書)	
	パスポートの写し	

履 歴 書



身分証明書番号*	(記入しないこと)		
志 望	学部	学科	
フリガナ 氏 名	印	性別	男・女

本 籍 地		生年月日	年 月 日生 (才)		
現 住 所	〒				
	TEL: — —	mail:			
学 歴	年 月	中学校入学			
	年 月	中学校卒業			
	年 月	高等学校入学			
	年 月	高等学校卒業			
	年 月	入 学			
	年 月	卒業・終了			
	年 月				
	年 月				
学籍番号(文教大学卒業生のみ)					
職 歴	勤務先名				
	在職状況	1. 在職中 2. 退職 3. 休職中			
	在職期間	入社年月日: 年 月 日 / 退社年月日: 年 月 日			
学 校 名	名称・所属	〒			
	所在地	TEL — —			
免許状取得希望の方で所持免許状がある場合のみ記載してください。					
所有する 免許状の 種 類	種 類	教科名	免許状番号	授与年月日	授与都道府県名
保証人氏名			本人との続柄		
保証人住所	〒			TEL — —	

※

文教大学健康診断書

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男女	年	月 日生
住所	〒 Tel ()				
視力	右	裸眼 矯正 ・ (.)	左	裸眼 矯正 ・ (.)	
聴力	右		左		
胸部X線検査			撮影日 年 月 日		
			直接撮影 ・ 間接撮影		
			健康 ・ 要観察 ・ 要医療		
			所見		
その他の疾病					
その他の異常					
診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。					
年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 印					