

様式1

信州大学医療機器産業人材育成プログラム
—医療機器の研究開発人材に向けたリスキル教育プログラム—

受講志願票

整理番号

受講開始時期

令和4年4月開講

写真貼付欄
Photo

(縦4cm×横3cm)

フリガナ		性別	
氏名		生年月日	西暦 年 月 日

出願資格 (最終学歴)	学校名			
	学部・学科 研究科・専攻名			
	在学期間	年 月 ~	年 月	卒業・卒業見込
受講資格審査 () 必要な場合は○				

志願者 連絡先	住所	〒		
	電話番号(携帯)		電話番号(固定)	
	e-mail(自宅)			
	e-mail(会社)			

企業等 連絡先	勤務先名・ 部署・職位			
	勤務先住所	〒		
	電話番号		直通・内線()	
	在職年数	年		

郵送物の送付先	自宅・勤務先
プログラム受講登録用 e-mail	

ご記入頂いた個人情報、受講申請の確認、連絡以外の目的に使用致しません。

〔記入上の注意〕

手書きの場合、黒のボールペン又はインクで記入してください。誤って記入した場合は、訂正箇所を二重線で消してください。

整理番号

履 歴 書

フリガナ	
氏 名	

学 歴	期 間	学校名 ・ 職位等
	年 月 ～ 年 月	立 高等学校
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	

職 歴	期 間	会社名 ・ 職位等
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	
	年 月 ～ 年 月	

資 格	年 月	資格名 ・ 賞罰の内容
	年 月	
	年 月	
	年 月	

賞 罰	年 月	資格名 ・ 賞罰の内容
	年 月	
	年 月	

〔記入上の注意〕

- 高校の履歴（外国の学校を卒業した方は小学校の履歴）から記入してください。
- それぞれの履歴については、卒業（見込）・修了（見込）・転学・中退等の状況を明確に記入してください。
- 受講のための資格・要件の職についていることが分かるようにご記入ください。
- 学歴・職歴欄が足りない場合は、この用紙を2枚使用するか、A4サイズの任意の用紙に記入してください。

受講承諾書

信州大学医療機器産業人材育成プログラム 総括責任者 殿

受講者氏名

上記の者が、信州大学医療機器産業人材育成プログラムの受講が認められた場合、
在職のまま許可されたプログラムを受講することを承認します。

1. 会社名等

名称

住所

2. 承諾者

役職

氏名

印

メールアドレス

※ 受講にあたり上司の承諾が必要な会社等へお勤めの方は提出して下さい。
スキルアップ等、個人的理由で受講する場合は、受講承諾書の提出は必要ありません。

※ E-mailで書類を提出する場合

承諾者の押印は省略可能。

後日、担当者より記載の連絡先に確認ためのご連絡をさせていただく場合があります。

信州大学医療機器産業人材育成プログラム
—医療機器の研究開発人材に向けたリスキル教育プログラム—

受講資格審査申請書

整理番号

大学を卒業した方以外の方は、現在までの学習歴、活動歴、実務経験歴等について、具体的に自由形式で記述したものを提出して下さい。大学を卒業した方は不要です。

◆チェックシート

出願前に書類等が入っているかどうか確かめてください。（本紙は提出不要）

チェック欄	出願書類等	提出の有無
	受講志願票 <写真の貼付確認>	全員
	履歴書	全員
	受講希望理由書	全員
	受講承諾書	該当者のみ
	受講資格審査申請書	該当者のみ

◆出願用宛名用紙（出願封筒貼付用）

◆郵送の場合、履歴の残る（追跡できる）「特定記録郵便」「レターパック」等で提出してください。

1. 郵送で出願書類を提出する場合、角形2号（横24cm×縦33.2cm）の封筒にて提出ください。
2. 郵送の場合、下記用紙をカラー印刷し封筒に貼ってください。
3. 出願前に、必ず必要書類が封入されているかを確認してください。

応分の切手
を貼って
ください

3 9 0 - 8 6 2 1

長野県松本市旭3丁目1番1号

信州大学 学術研究・産学官連携推進機構 御中

信州大学医療機器産業人材育成プログラム出願書類在中

二ツ折り厳禁

特定記録

差出人	住所	〒
	氏名	