

学長	副学長	教務部長	事務長	課長	係長	事務室 受付

卒業生用

川崎医療短期大学
学長 殿

eラーニングシステム利用申請申込書

下記により、川崎医療短期大学eラーニングシステムの利用をご許可くださるようお願いいたします。

記

※申込者記入欄

申込日 年 月 日

ふりがな 氏名	(現在の姓)
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
学籍番号・学科名 (在学時)	学籍番号 学科名 (覚えている方のみ)
入学・卒業年月	年 月 入学 年 月 卒業
現住所等	(〒 -) TEL () - ※日中、連絡の取れる番号 E-mail (※必須)
申請理由 (詳しく)	
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日

※指導教員記入欄

職員番号	
所属・職名	所属 職名
氏名・連絡先	(内線)
指導内容 (詳しく)	

学科主任