（様式1）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

2023年度 小樽商科大学専門職大学院アントレプレナーシップ専攻

**病院経営アドミニストレーター育成プログラム受講申請書**

※赤字の部分をクリックして入力してください。入力しない箇所はそのままにしてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 |  | 男女 | 国　　籍（外国人のみ） |  |
|  |
| 生年月日年　齢 | 西暦1900年 08月 99日生99歳（2023年4月1日現在） | 在留資格（外国人のみ） |  |
| 勤務先（有職者のみ） | 勤務先名：○×病院住所：〒999－9999北海道XXX町電話 0123－456－7890 |
| 履修資格 | ○×大学　△〇学部　○○学科西暦 9999年　99月　99日 卒業/卒業見込み〇〇年次在学[ ] 個別の履修資格審査を希望する。（※該当者は□にチェックを入れてください。） |

【履修計画】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **科目名** | **時間数** | **分類** | **今年度の受講申請** |
| 経営学入門 | 6 | 必修 | [ ] する　　[ ] しない |
| マネジメントの知識と思考法 | 15 | 必修 | [ ] する　　[ ] しない |
| 地域医療マネジメント | 24 | 必修 | [ ] する　　[ ] しない |
| 病院経営特論 | 24 | 必修 | [ ] する　　[ ] しない |
| 地域ヘルスケアシステムプランニング | 18 | 必修 | [ ] する　　[ ] しない |

※いずれかにチェックを入れてください

※部分受講でお申し込みの方は以下を回答してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 次年度以降に履修証明を取得する意思 | [ ] ある　　[ ] ない |

（様式2）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**履　　歴　　書**

１．学歴

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **学 校 種** | **学　　校　　名** | **所 在 地****（国名・県名等）** | **在学期間（西暦）** |
|  |  |  | 8888年 88月～9999年 99月 |
|  |  |  | 年 月～年 月 |
|  |  |  | 年 月～年 月 |
|  |  |  | 年 月～年 月 |
|  |  |  | 年 月～年 月 |

２．職歴・研究歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **勤務先・研究機関名** | **所属部署・研究内容等** | **在籍期間（西暦）** |
|  |  | 8888年 88月～9999年 99月 |
|  |  | 年 月～年 月 |
|  |  | 年 月～年 月 |
|  |  | 年 月～年 月 |
|  |  | 年 月～年 月 |
|  |  | 年 月～年 月 |

３．公的資格取得・表彰・受賞歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **資格・表彰・賞の名称等** | **授与団体等名** | **資格取得・授賞年月****（西暦）** |
|  |  | 9999年 99月 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（様式3）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**職　務　経　歴　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **勤　務　先　名** | **在職期間（西暦）** | **雇用形態・職種・所属部署・職務内容** |
| 例○×病院 | 2003年 4月 1日～2020年 5月 31日17年 2か月 | 雇用形態：正社員　職種：医療事務所属部署：○○部○○課職務内容：○○年○○月○○部○○課長（部下○名）として～を担当。 |
|  | 9999年 99月 99日～8888年 88月 88日99年 99か月 |  |
|  | 年 月 日～年 月 日年 か月 |  |
|  | 年 月 日～年 月 日年 か月 |  |
|  | 年 月 日～年 月 日年 か月 |  |
|  | 年 月 日～年 月 日年 か月 |  |
|  | 年 月 日～年 月 日年 か月 |  |
|  | 年 月 日～年 月 日年 か月 |  |
|  | 年 月 日～年 月 日年 か月 |  |
|  | 年 月 日～年 月 日年 か月 |  |

※在職期間（西暦）について、不明の場合は、年月までの記入として差し支えない。

（様式4）

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**志　望　理　由　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |

【作成要領】

受講したいと考えた動機、目的及び修了後の希望などを2,000字以内で以下に記載してください。

|  |
| --- |
|  |