

令和7年度 名古屋大学医学部保健学科

科目等履修生 入学案内

本学の学生以外の者で、一又は複数の授業科目を履修し、単位を修得しようとする者があるときは、選考の上、科目等履修生として入学を許可します。

1. 受け入れの基準

本学部において教育研究に支障を生ずるおそれがないと認められる場合で、かつ、収容能力のある場合に限り受け入れるものとします。

2. 入学資格

高等学校を卒業した者又はこれと同等以上の学力を有する者で、本学部が適当と認めた者。

3. 入学の時期

入学の時期は、学期の始めとします。（4月又は10月）

4. 在学期間

(1) 在学期間は1年以内とします。ただし、学年の途中で入学した場合における在学期間は、当該学年末までとします。

(2) 次年度も在学期間の継続を希望する場合は、別途継続手続きが必要です。

5. 履修可能授業科目及び単位数

履修可能な授業科目は、医学部保健学科専門基礎科目および専門科目の講義（ただし、実験、実習、演習、集中講義は履修不可）のうち、医学部保健学科の専任教員が担当する科目とします。また、履修可能な単位数は1年間20単位までとします。科目内容等については、名古屋大学大学院医学系研究科・医学部保健学科HPで確認してください。

6. 出願手続

授業を受けようとする科目の担当教員*にあらかじめ受講承認を得、「科目等履修生入学願」の所定欄に承認印を受けた後、下記書類等を提出してください。

***複数の教員が担当する科目については、「主担当教員」の承認印を得ること。**

(1) 出願書類等

- ① 科目等履修生入学願〔所定用紙〕
- ② 履歴書（写真 $4\text{ cm} \times 3\text{ cm}$ を貼付のこと）〔所定用紙〕
- ③ 最終出身学校の卒業（見込み）証明書又は修了（見込み）証明書
（改姓している場合は、戸籍抄本を添付すること）
- ④ 科目等履修生証用写真1枚（ $3\text{ cm} \times 3\text{ cm}$ ）

⑤ 返信用封筒（入学手続通知用）
（角形2号の封筒に440円分の切手を貼付し、宛先、氏名を記入したもの）

⑥ 検定料 9,800円
（郵便普通為替とする。受取人指定欄には記入しないこと）

※在職のまま入学を希望する者は、⑦も合わせて提出してください。

⑦ 入学承諾書（勤務先（所属長）発行のもの）〔所定用紙〕

（2）出願期間

① 前期（4月入学）令和7年2月3日（月）～令和7年2月5日（水）

② 後期（10月入学）令和7年7月2日（水）～令和7年7月4日（金）

受付時間 10:00～16:00（12:00～13:00を除く）

※願書の提出方法は「書留郵便」に限ります。出願期間内に必着のこと。

（3）願書の提出先

〒461-8673

名古屋市東区大幸南一丁目1番20号

名古屋大学医学部・医学系研究科 大幸地区事務統括室 大幸教務学生係

TEL (052)719-3156,1518

7. 選考方法

書類により選考を行います。ただし、必要に応じて面接試験を行うことがあります。

8. 入学許可及び入学手続

① 入学の許可又は不許可は、決定次第（前期：3月中旬頃、後期：9月中旬頃）
本人あて通知します。

② 入学を許可された者は、所定の期日に入学手続をしてください。
（詳細については、別途通知します）

9. 諸費用（※金額については、令和6年度実績であり変更の可能性があります。）

① 入学料 28,200円

② 授業料 1単位につき 14,800円

※入学手続時に、入学料を納入していただきます。

※授業料は4月及び10月に納入していただきます。

10. その他

① 出願後、記載事項の変更は認めません。

② 納入済の検定料及び提出書類は返付しません。

11. 障害のある者等の出願

障害等があつて、選考にあたり面接試験を行う場合、試験場での特別な配慮を必要とする者にあつては、出願期間最終日までに、以下三点を医学部・医学系研究科大幸地区事務統括室大幸教務学生係まで提出してください。

- ① 受験上の配慮申請書（障害の状況，受験上配慮を希望する事項とその理由等を記載したもの(様式随意，A4 サイズ)）
- ② 障害等の状況が記載された医師の診断書または障害者手帳の写し（A4 用紙の中央部にコピーしてください）。
- ③ 障害等の状況を知っている第三者の添え書(専門家や出身学校関係者などの所見や意見書)。

なお、必要に応じて、適宜それ以外の書類を添付しても差し支えありません。

また、試験に関して相談の希望がある者は、出願期限までに医学部・医学系研究科大幸地区事務統括室大幸教務学生係まで問い合わせてください。

入学後の修学に関して相談の希望がある者は、医学部・医学系研究科大幸地区事務統括室大幸教務学生係及びアビリティ支援センターにて随時受け付けているので、問い合わせてください。

【医学部・医学系研究科 大幸地区事務統括室 大幸教務学生係】

電話： 052-719-3156, 1518

Email： ihogakumu@t.mail.nagoya-u.ac.jp

【アビリティ支援センター】

電話： 052-789-4756

Email： osd@gakuso.provest.nagoya-u.ac.jp

科目等履修生入学願

令和 年 月 日

名古屋大学医学部長 殿

現住所(〒 -)

ふりがな

氏名



生年月日 昭和・平成 年 月 日生

メールアドレス _____

貴学部保健学科に科目等履修生として入学し、下記科目を履修したいので、許可
くださるよう必要書類を添えてお願いします。

記

履修科目

期 間	科 目 名	単位数	担当教員氏名	承認印
前・後				
前・後				
前・後				
前・後				
前・後				
前・後				
前・後				
合 計		科目	単位	

(注) 予め、担当教員の承認印を受けること。

複数の教員が担当する科目については、「主担当教員」の承認印を得ること。

履 歴 書

令和 年 月 日 現在

ふりがな				写真貼付
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 才)			
本籍地	都・道・府・県	性別	男・女	
現住所	(〒 -)			
	Tel () -			
年	月	学 歴		
		立	高等学校卒業	
		大学	学部 (学科) 入学	
		大学	学部 (学科) 卒業	
年	月	職 歴		
年	月	賞罰・その他特記事項		

※年は、元号で記入すること。

令和 年 月 日

上記のとおり相違ありません。

氏 名



入学承諾書

令和 年 月 日

名古屋大学医学部長 殿

所在地 〒

名称

代表者氏名



下記の者が貴学部保健学科科目等履修生として入学することを承諾します。

記

氏名 _____

所属・職名 _____

在学期間 自 令和 年 月 日
至 令和 年 月 日