

東京医科歯科大学・複合領域コース 2022年度 出願・前期履修科目登録について

複合領域コース願書受付、2022年度前期及び通年科目分の東京医科歯科大学・複合領域コース履修科目の登録受付を下記により行いますので、お知らせします。

なお、この手続を期間内に行わない場合は、受講が認められませんので注意してください。また、学生個別による出願、履修手続きは受け付けません。各大学の担当窓口を通じて手続きを行って下さい。

記

1. 期 間 2022年3月10日(木)～3月25日(金)17:00まで
※上記は各大学の担当が東京医科歯科大学へ手続きをする受付期間となり、各大学の担当窓口の受付期間ではありません。
2. 場 所 各大学の担当窓口
3. 必要書類
 - ・ 願書（4cm×3cmの写真貼付）（前年度までに出願済みの学生は不要）
 - ・ 履修届
 - ・ 連絡票
4. その他
 - ・ 授業科目の内容については、複合領域コース履修の手引き（東京医科歯科大学版）及び本学の教育要項（シラバス）等で確認してください。それでも不明な場合は下記の東京医科歯科大学各担当へ連絡して下さい。
 - ・ 時間割は不定期に組まれている科目が多いので、自大学の講義と重複しないかよく確認して履修してください。
 - ・ 手引き P.17 の注 1～4 を必ず確認してください。

※今回の履修登録は前期および通年科目が対象です。（後期分の科目を記載しても無効となります）

教養部科目：教養教務・支援係（電話047-300-7106）

医学科科目：医学教務係（電話03-5803-5919）

保健衛生学科科目：保健衛生教務係（電話03-5803-5121）

歯学科、口腔保健学科科目：歯学系教務係（電話03-5803-5411）

修士課程科目：大学院教務第二係（電話03-5803-4534）

2022年3月
東京医科歯科大学

複合領域コース(特別聴講学生) 願書

年 月 日

学 長 殿

(所属大学)

私は、複合領域コースの特別聴講学生として下記のとおり提供・開講科目を履修したいので関係書類を添えて提出いたします。

なお、下記の個人情報の取扱いについては、利用目的等(下段参照)を確認の上、同意します

フリガナ		性別		都道府県	写真貼付欄 写真は、たて4cmよこ3cmの大きさで、正面を向き、上半身、脱帽のもの(過去3ヶ月以内に撮影)を枠内に正しく貼って下さい。
氏名		男・女	本籍		
生年月日	年 月 日				
学籍番号					
現住所等	〒 _____ TEL _____				
所属大学・学部・学科	_____大学_____学部 学籍番号(_____)				
志望する協定大学・複合領域コース	_____大学 複合領域コース: _____ コース				
志願(出願)理由					
履修科目名等	授業科目名	担当教員	単位数	開講学期等	
				期	曜日 校時

[個人情報の取扱いについて]

*本申請書に記載される個人情報及び申請者の成績評価についての個人情報は、複合領域コースに参加する4大学(東京医科歯科大学、東京外国語大学、東京工業大学、一橋大学)において、複合領域コースを運営するために必要な次の利用目的に使用します。なお、利用目的達成のために、各大学間で相互に必要な情報の提供を行います。

- ①複合領域コースに伴う4大学間の単位互換協定に基づく、所属大学と協定大学間の派遣・受入手続業務
- ②複合領域コース参加者(特別聴講学生)のための学籍管理業務(履修登録・成績評価・単位認定・学生証及び証明書発行等)
- ③複合領域コース参加者管理のための業務及び複合領域コース修了認定のための業務

複合領域コース 連絡票

所属大学名: _____ 学部学科名: _____

学籍番号: _____ 学年 _____

ふりがな

コース名: _____ 氏名: _____

連絡先	TEL. 1	
	TEL. 2	
	アドレス1	
	アドレス2	
	住所	〒

☆ ハイフンとアンダーバー、。オーと0ゼロなど紛らわしい場合はフリガナをつけること

* この連絡票は、複合領域コース授業の連絡手段としてのみ使用します。

* 必ず連絡のとれる連絡先を記入すること。

* 課題等もメールでお知らせするので、添付ファイルが受信できるアドレスを記入すること。

年度 前期 ・ 後期 四大学連合 複合領域コース出席票(東京医科歯科大学)

コース名: _____

所属大学名: _____ 学年: _____ 学籍番号: _____

氏名(ふりがな): _____

e-mail : _____ ※添付ファイルが受け取れるメールアドレス

※ 所属大学から受入大学までの通学時間及び所属大学での履修計画等を十分考慮の上、無理のない履修計画を立ててください。

※ 授業ごとに担当教員のサインを貰ってください。サインのない場合は欠席とみなします。

※ 科目が終了したら、該当科目を開設する各教務係(下記参照)へ提出してください。履修科目が複数ある場合でも、科目毎にその都度、提出してください。

※ 履修を取消したい場合は、直ちに所属大学の担当係と該当科目を開設する各教務係(下記参照)まで連絡してください。

科目名(各自で記入)		
	講師 サイン欄	出席日時 (各自で記入)
1		月 日() 限目
2		月 日() 限目
3		月 日() 限目
4		月 日() 限目
5		月 日() 限目
6		月 日() 限目
7		月 日() 限目
8		月 日() 限目
9		月 日() 限目
10		月 日() 限目
11		月 日() 限目
12		月 日() 限目
13		月 日() 限目
14		月 日() 限目
15		月 日() 限目
16		月 日() 限目
17		月 日() 限目
18		月 日() 限目
19		月 日() 限目
20		月 日() 限目
21		月 日() 限目
22		月 日() 限目
23		月 日() 限目
24		月 日() 限目
25		月 日() 限目

科目名(各自で記入)		
	講師 サイン欄	出席日時 (各自で記入)
1		月 日() 限目
2		月 日() 限目
3		月 日() 限目
4		月 日() 限目
5		月 日() 限目
6		月 日() 限目
7		月 日() 限目
8		月 日() 限目
9		月 日() 限目
10		月 日() 限目
11		月 日() 限目
12		月 日() 限目
13		月 日() 限目
14		月 日() 限目
15		月 日() 限目
16		月 日() 限目
17		月 日() 限目
18		月 日() 限目
19		月 日() 限目
20		月 日() 限目
21		月 日() 限目
22		月 日() 限目
23		月 日() 限目
24		月 日() 限目
25		月 日() 限目

科目名(各自で記入)		
	講師 サイン欄	出席日時 (各自で記入)
1		月 日() 限目
2		月 日() 限目
3		月 日() 限目
4		月 日() 限目
5		月 日() 限目
6		月 日() 限目
7		月 日() 限目
8		月 日() 限目
9		月 日() 限目
10		月 日() 限目
11		月 日() 限目
12		月 日() 限目
13		月 日() 限目
14		月 日() 限目
15		月 日() 限目
16		月 日() 限目
17		月 日() 限目
18		月 日() 限目
19		月 日() 限目
20		月 日() 限目
21		月 日() 限目
22		月 日() 限目
23		月 日() 限目
24		月 日() 限目
25		月 日() 限目

担当・問合せ先 〒113-8510 東京都文京区湯島1-5-45 東京医科歯科大学

- ◆教養部科目受講について…………… 教養教務・支援係 TEL:047-300-7106 E-mail:k.kyomu.adm@tmd.ac.jp
- ◆医学部医学科科目受講について…………… 医学教務係 TEL:03-5803-5919 E-mail:gakumu1@ml.tmd.ac.jp
- ◆医学部保健衛生学科科目受講について…………… 保健衛生教務係 TEL:03-5803-5121 E-mail:gakumu2.adm@cmn.tmd.ac.jp
- ◆歯学部科目受講について…………… 歯学系教務係 TEL:03-5803-5411 E-mail:s-kyomu.adm@ml.tmd.ac.jp
- ◆研究科科目受講について…………… 大学院教務第二係 TEL:03-5803-4534 E-mail:grad02@ml.tmd.ac.jp

〇〇〇〇年度 前期・後期 四大学連合 複合領域コース出席票(東京医科歯科大学)記入例

コース名: 総合生命科学コース

所属大学名: 〇〇大学 学年:3学年 学籍番号: 123456789

氏名(ふりがな): 複合 太郎 (ふくごう たろう)

e-mail: abcd1234@maru2unv.ac.jp ※添付ファイルが受け取れるメールアドレス

※ 所属大学から受入大学までの通学時間及び所属大学での履修計画等を十分考慮の上、無理のない履修計画を立ててください。

※ 授業ごとに担当教員のサインを貰ってください。サインのない場合は欠席とみなします。

※ 科目が終了したら、該当科目を開設する各教務係(下記参照)へ提出してください。履修科目が複数ある場合でも、科目毎にその都度、提出してください。

※ 履修を取消したい場合は、直ちに所属大学の担当係と該当科目を開設する「時間毎に」ではなく、「科目毎に」終了したら、提出してください。

科目名(各自で記入) 看護心理学		
	講師 サイン欄	出席日時 (各自で記入)
1		10月 2日(火)5限目
2		〇月 〇日(〇)〇限目
3		〇月 〇日(〇)〇限目
4		〇月 〇日(〇)〇限目
5		〇月 〇日(〇)〇限目
6		〇月 〇日(〇)〇限目
7		〇月 〇日(〇)〇限目
8		11月20日(火)5限目
9		月 日() 限目
10		限目
11		限目
12		限目
13		月 日() 限目
14		月 日() 限目
15		月 日() 限目
16		月 日() 限目
17		月 日() 限目
18		月 日() 限目
19		月 日() 限目
20		月 日() 限目
21		月 日() 限目
22		月 日() 限目
23		月 日() 限目
24		月 日() 限目
25		月 日() 限目

11月20日の講義が終了したら、いったん該当科目を開設する各教務係にこの出席票を提出する

科目名(各自で記入) 薬理学 I・II		
	講師 サイン欄	出席日時 (各自で記入)
1		10月24日(水)1限目
2		〇月 〇日(〇)〇限目
3		〇月 〇日(〇)〇限目
4		〇月 〇日(〇)〇限目
5		〇月 〇日(〇)〇限目
6		〇月 〇日(〇)〇限目
7		〇月 〇日(〇)〇限目
8		〇月 〇日(〇)〇限目
9		〇月 〇日(〇)〇限目
10		〇月 〇日(〇)〇限目
11		〇月 〇日(〇)〇限目
12		〇月 〇日(〇)〇限目
13		〇月 〇日(〇)〇限目
14		〇月 〇日(〇)〇限目
15		〇月 〇日(〇)〇限目
16		1月 16日(水)2限目
17		月 日() 限目
18		月 日() 限目
19		月 日() 限目
20		月 日() 限目
21		月 日() 限目
22		月 日() 限目
23		月 日() 限目
24		月 日() 限目
25		月 日() 限目

1月16日の講義が終了したら、再度、該当科目を開設する各教務係にこの出席票を提出する

科目名(各自で記入)		
	講師 サイン欄	出席日時 (各自で記入)
1		月 日() 限目
2		月 日() 限目
3		月 日() 限目
4		月 日() 限目
5		月 日() 限目
6		月 日() 限目
7		月 日() 限目
8		月 日() 限目
9		月 日() 限目
10		月 日() 限目
11		月 日() 限目
12		月 日() 限目
13		月 日() 限目
14		月 日() 限目
15		月 日() 限目
16		月 日() 限目
17		月 日() 限目
18		月 日() 限目
19		月 日() 限目
20		月 日() 限目
21		月 日() 限目
22		月 日() 限目
23		月 日() 限目
24		月 日() 限目
25		月 日() 限目

- 担当・問合せ先 〒113-8510 東京都文京区湯島1-5-45 東京医科歯科大学
- ◆教養部科目受講について…………… 教養教務・支援係 TEL:047-300-7106 E-mail:k.kyoumu.adm@tmd.ac.jp
 - ◆医学部医学科科目受講について…………… 医学教務係 TEL:03-5803-5919 E-mail:gakumu1@ml.tmd.ac.jp
 - ◆医学部保健衛生学科科目受講について…………… 保健衛生教務係 TEL:03-5803-5121 E-mail:gakumu2.adm@cmn.tmd.ac.jp
 - ◆歯学部科目受講について…………… 歯学系教務係 TEL:03-5803-5411 E-mail:s-kyomu.adm@ml.tmd.ac.jp
 - ◆研究科科目受講について…………… 大学院教務第二係 TEL:03-5803-4534 E-mail:grad02@ml.tmd.ac.jp