

# 病院経営アドミニストレーター育成プログラム 受講申込書

北海道大学大学院 保健科学院長 殿

「Hospital Management Administrator」履修証明プログラムへの受講を申し込みいたします。

20 年 月 日

学生番号 (本学学生のみ)	<small>ふりがな</small> 氏名	英文表記 (氏名)
出身大学		
住所		
所属		
TEL.	E-mail address	
<p>※学生のみ記入</p> <p>受講を希望する当該学生の本プログラムへの参加に同意いたします。</p> <p style="margin-left: 100px;">所属</p> <p style="margin-left: 100px;">職名</p> <p style="margin-left: 200px;">指導教員氏名</p> <p style="text-align: right;">④</p>		

履 修 計 画			
	科目名	単位数	履修確認 (○をつけてください)
基礎科目	医療財務会計論	1	今年度履修・( ) 年度履修済
	病院経営戦略論	1	今年度履修・( ) 年度履修済
	病院組織管理論	1	今年度履修・( ) 年度履修済
	医療マーケティング論	1	今年度履修・( ) 年度履修済
	医療政策学	1	今年度履修・( ) 年度履修済
	医療経済学	1	今年度履修・( ) 年度履修済
	医療管理会計論	1	今年度履修・( ) 年度履修済
実践科目	産学官連携マネジメント論	1	今年度履修・( ) 年度履修済
	病院経営情報分析 A	1	今年度履修・( ) 年度履修済
	病院経営情報分析 B	1	今年度履修・( ) 年度履修済
	病院経営ケーススタディ A	1	今年度履修・( ) 年度履修済
	病院経営ケーススタディ B	1	今年度履修・( ) 年度履修済

※この申込書に必要事項を記入して、保健科学院教務担当に提出して下さい。履修済みの科目がある場合は、成績証明書も併せて提出して下さい。学生の方は、登録申込には指導教員の同意が必要です。所定欄に捺印またはサインを得て下さい。

E-mail: kyomu@hs.hokudai.ac.jp 電話: 011-706-3318 または 011-706-2135

この申込書は、ホームページ (<https://huhma.hokkaido.university/>) からダウンロードできます。

以下事務局記入欄

受理日: \_\_\_\_\_ 受理番号: \_\_\_\_\_

# 志 望 理 由 書

氏名 \_\_\_\_\_

※本様式を適宜複写し使用してください。本様式に沿ってワード等で作成しても構いません。  
※研究業績がある場合は、この様式に記載してください。

# 履 歴 書

平成 年 月 日現在

ふりがな 氏 名			写真貼付
生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (満 才)	出願前3ヶ月以内に 撮影した正面向き上 半身無帽の写真を貼 付してください。 (縦4cm×横3cm)	
	( 男 ・ 女 )		
現住所	(〒 - )		
	電話 :		
	携帯電話がある場合電話 :		
年 月 日	(学歴)		
	立	高等学校卒業	
	大学	学部	学科卒業
年 月 日	(職歴・研究歴等)		
医療関係等の各種免許取得状況記入欄			
免許種別	登録番号	取得年月日	
上記のとおり相違ありません。			
平成 年 月 日 氏 名			