

様式第1号

単位認定申請書

年 月 日

山形県立保健医療大学長 殿

学籍番号

学 科

入学年度

氏 名

私が本学に入学する前に修得した下記の単位を、本学の卒業要件となる単位として認定して
くださるようお願いします。

記

1 入学前の教育施設名

(1) 大 学	大学	学部	学科
(2) 短期大学	短期大学		学科
(3) 高等専門学校	学校		学科
(4) 専修学校			学科

2 卒業又は中退年月

年 月 卒業・中退

3 認定を受けようとする単位修得科目名

申 請 科 目		既 修 得 科 目	
授 業 科 目 名	単 位 数	授 業 科 目 名	単 位 数

(注) 「申請科目」欄には、本学で認定を受けようとする授業科目名を記入し、「既修得科目」欄には、他の大学等で修得した授業科目名を記入すること。