順天堂大学医学部

**2025年度　履修証明プログラム「国際医療人養成プログラム」　履修規約**

（適用範囲）

第１条　順天堂大学医学部履修証明プログラム「国際医療人養成プログラム」（以下、「当プログラム」という。）の申し込みについては、本規約により取り扱います。本規約に定めのないものについては、各種資料・当プログラムウェブサイト等の定めによるものとします。

（履修契約の成立）

第２条　履修契約の成立時期は、履修生の履修申し込み手続が完了し、当プログラムが履修生に対してネームプレートを発行した時となります。

（解約・返金等）

第３条　履修生は、履修申し込み後においては、履修生ご本人の死亡、重大な疾病による履修不能（医師の診断書の提出）、又はこれらに準ずる正当事由に限り、申し込みの撤回・取消、履修契約の取消・解約等により未履修分の受講料の返金を請求することができるものとします。

（授業料の支払）

第４条　授業料の支払に関しては次のとおりとします。

（1）履修生は、申込書等に記載された授業料を、当プログラム所定の方法により期日までに当プログラムに対して支払うものとします。

（2）授業料の支払は銀行振込となります。振込手数料は履修生にご負担いただきます。

（履修にあたって）

第５条　履修にあたっての注意事項は次のとおりです。

（1）ネームプレートは、当プログラムの履修資格を証明するものです。病院実習でも使用するため大切に保管してください。

（2）本プログラムでは、講義の模様を録画、撮影及び録音することがあります。撮影した映像、音声及び写真等は履修生が写りこんだものも含め、広報活動、プログラムの開発、講義内容の改善等のために使用しますので予めご了承ください。

（禁止事項）

第６条　履修生が以下に定める事項を行うことを禁止します。履修生が以下のいずれかの事項に該当することを行った場合、本学は履修生の受講を中止させ、受講資格を取り消し、又は何らの催告を要せず本契約を解除することができるものとします。その場合の受講料の返金は行いません。

（1）履修申込みにあたって虚偽の申請を行うこと

（2）代理の者が受講すること

（3）本プログラムの授業を録画、撮影及び録音すること（但し、本学が許可した場合を除く）

（4）本プログラムの教材等の資料の複製、改変又は第三者への提供（ウェブサイト等に掲載する場合を含む）を行うこと

（5）講師や他の履修生の迷惑となる行為や、授業の進行を妨げる行為を行うこと

（6）講師や他の履修生に対し、営業活動や勧誘等を行うこと

（7）公序良俗に反する行為や、犯罪に結びつく恐れのある行為を行うこと

（8）本学、講師又は第三者を誹謗中傷し名誉又は信用を傷つける行為を行うこと

（9）その他本規約に違反する行為の他、履修生として不適切であると本学が判断する行為を行うこと

　附則

本規約は2020年8月1日より実施するものとします。当プログラムが必要と判断した場合には、いつでも本規約を変更することができます。

|  |
| --- |
| **2025年度 順天堂大学医学部 国際医療人養成プログラム受講申込書（願書）** |
| 年　　月　　日現在 |
|  | 姓/Surname | 名/Given name |  | （写真添付欄）・縦４cm×横３cm・上半身・脱帽・３カ月以内のもの・カラー・白黒どちらも可 |
| ふりがな |  |  |  |
| 姓　　名 |  |  |  |
| 英語表記 |  |  |  |
| 生年月日※ | 西暦　　　　年　　月　　日生（満　　　歳） |  |
| 性別 | □男・□女 | 国　籍※ |  | ※「英語表記」「国籍」はパスポート表記の通りに入力してください。 |
| 現住所 | 〒 | 　　　－　　　　 |
|  |
| 連絡先 | 携帯電話番号 | E-MAIL |
| （　　　）　　　　－ | 　　　　　　　　　＠ |
| 本人以外の緊急連絡先 | ふりがな |  | 続　柄 | TEL |
| 氏　名 |  |  | （　　　）　　　　－ |
| 学歴 | 1 | 西暦 | 　　年　　月 | 　　　　　　　　　　　高等学校 | 卒業 |
| 2 | 西暦 | 年　　月 | 　　　　　　　大学　　　学部 | 入学 |
| 3 | 西暦 | 年　　月 | 　　　　　　　大学　　　学部 | 卒業 |
| 4 | 西暦 | 年　　月 |  | 在学中 |
| 5 | 西暦 | 年　　月 |  |  |
| 職歴 | 1 | 西暦 | 年　　月 |  |  |
| 2 | 西暦 | 年　　月 |  |  |
| 3 | 西暦 | 年　　月 |  |  |
| 4 | 西暦 | 年　　月 |  |  |
| 5 | 西暦 | 年　　月 |  |  |
| 医師免許 |  | 西暦 | 年　　月 | （取得国：　　　　　　　　） |
| 語学資格 | 1 | 西暦 | 年　　月 |  |
| 2 | 西暦 | 年　　月 |  |
| その他資格 | 1 | 西暦 | 年　　月 |  |
| 2 | 西暦 | 年　　月 |  |
| □　履修規約に同意する（履修規約をお読みの上、左の□にチェック（☑）を入れてください。）□　上記の内容に相違ありません |
| 西暦　　　　年　　月　　日 | 氏名（署名） |  |
|  |  |  |  |  |  |
| （願書作成時の留意事項） | 教授 |  | 国際交流センター | 事務長 | 医学部長 |
| ①記載は手書きでなく、Wordファイルに直接入力してください。②写真はWordにデータを挿入しても、プリントアウト後に貼付してもどちらでも可です。③下部の「氏名（署名）」の欄に自筆で署名し、スキャンして、PDFファイルを提出してください。 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2025年度 国際医療人養成プログラム 志望理由書** |
|  | 姓/Surname | 名/Given name |
| 姓　名 |  |  |
| 以下の①②を説明してください。①志望動機②5年後・10年後に医師として、どの診療科で、どのように働きたいか。 |
| ①志望動機 |
|  |
| ②5年後・10年後に医師として、どの診療科で、どのように働きたいか。 |
|  |
| ・記載は手書きでなく、Wordファイルに直接入力してください。・定められた枠内の8割以上を記入してください。・横書きすること（文字の大きさは14ポイント）・プリントアウト後にスキャンして、PDFファイルを提出してください。 |
| 本学使用欄 |
|  |