

令和8年度国立大学法人筑波技術大学大学院科目等履修生の出願要項

本学大学院において、科目等履修生として志願する者は、次により出願してください。

1 出願資格

本学大学院に科目等履修生として入学できる者は、当該授業科目を履修するに十分な学力があると認められた者とする。上記に加え、産業技術学専攻においては（1）、保健科学専攻においては（2）に該当するものとする。

（1）産業技術学専攻の授業科目を履修する者は、聴覚障害者で両耳の聴力レベルがおおむね 60 デシベル以上*のもの、又は、補聴器等の使用によっても通常の話声を解することが不可能若しくは著しく困難な程度のもの

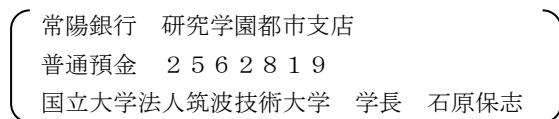
*裸耳（補聴器を外した状態又は人工内耳のスイッチをオフにした状態）での聴力レベル

（2）保健科学専攻の授業科目を履修する者は、視覚障害者で両眼の矯正視力がおおむね 0.3 未満のもの又は視力以外の視機能障害が高度のもののうち、拡大鏡等の使用によっても通常の文字、図形等の視覚による認識が不可能又は著しく困難な程度のもの若しくは将来点字等の特別の方法による教育を必要とすることになると認められるもの

2 出願書類等

- | | |
|--------------------------|--------|
| （1）科目等履修生入学願書（本学所定用紙） | 1通 |
| （2）科目等履修生履修科目申請票（本学所定用紙） | 1通 |
| （3）検定料 | 9,800円 |

納付方法：銀行口座振込により納付してください。振込手数料は自己負担となります。


常陽銀行 研究学園都市支店
普通預金 2562819
国立大学法人筑波技術大学 学長 石原保志

※1 出願資格を確認のうえ納付してください。不明な点がある場合は、事前にお問い合わせ願います。

※2 振込確認のため、「振込受取書」等のコピーを提出してください。

- | | |
|--|----|
| （4）最終出身学校の卒業又は修了（見込み）証明書 | 1通 |
| （5）最終出身学校の成績証明書 | 1通 |
| ※（4）及び（5）については、当該学校を卒業後改姓した者は、そのことを証明できる書類を添付してください。 | |
| （6）聴覚障害に関する診断書（出願資格（1）に該当する者、本学所定用紙）（本学の卒業者は不要） | 1通 |
| 視覚障害に関する診断書（出願資格（2）に該当する者、本学所定用紙）（本学の卒業者は不要） | 1通 |
| （7）在職者は所属長の発行する「科目等履修生出願承諾書」（様式適宜） | 1通 |
| （8）住民票の写し（外国人に限る。在留資格及び在留期間が記載されているもの） | 1通 |

※本学卒業（見込み）者は、（4）、（5）、（6）については、提出不要です。

3 出願期間

次の時期に出願書類を整えて、志望する専攻対応の支援課担当係に提出してください。

なお、郵送の場合は、書留郵便としてください。

（1）受付期間

入学時期	受付期間	備考
第1学期 (4月1日)	令和8年2月10日(火)～2月13日(金)	第1学期開始の授業科目及び第2学期開始の授業科目の履修を併せて志願する場合
第2学期 (9月29日)	令和8年8月19日(水)～8月21日(金)	第2学期開始の授業科目の履修を志願する場合

（2）受付時間 9：00～16：00

4 選考及び入学許可

（1）書類審査により選考します。ただし、必要に応じて面接等を課すことがあります。

（2）選考の結果は、郵便で通知します。また、合格者には、併せて入学手続書類等を送付します。

（3）所定の期間に入学手続きを行った合格者に対しては、科目等履修生として入学を許可します。なお、合格後、入学を辞退する場合は、書面により、速やかに対応する支援課担当係に申し出てください。

(4)各入学時期における選考結果の通知及び入学手続きは、おおむね次の予定で行います。

入学時期	選考結果の通知	入 学 手 続
第1学期	令和8年3月下旬	令和8年 4月上旬
第2学期	令和8年9月下旬	令和8年10月上旬

5 履修科目

本学の全開設授業科目に履修の出願をすることができますが、授業科目によっては、教室の収容定員等の関係で履修できない場合があります。

なお、情報アクセシビリティ専攻専門科目におけるコース指定選択科目の手話教育コースの授業科目を履修する際は、手話によるコミュニケーションが可能な者に限ります。

6 入学時期と履修期間

入学の時期は、学年の始め又は学期の始めとし、履修期間は入学を許可された学期又は年度内とします。

なお、授業期間、期末試験期間は次のとおりです。

学 期	授 業 期 間	期 末 試 験 期 間
第1学期	令和8年4月 8日(水)～令和8年7月30日(木)	7月31日(金)～8月6日(木)
第2学期	令和8年9月29日(火)～令和9年2月 2日(水)	2月 3日(水)～2月9日(火)

7 単位の認定

授業科目を履修し、その試験に合格した場合には、所定の単位を認定します。

なお、請求により単位修得証明書等を交付します。

8 入学時に必要な経費

入学手続きの際に、次の経費が必要になります。

- (1)入学料 28,200 円
(2)授業料 1単位につき 14,800 円(履修する授業科目の単位相当額を全額納入)

※詳しくは、合格通知書とともに送付される入学手続書類等で確認してください。

9 その他

- (1)令和8年度大学院の開設授業科目の閲覧については、2月以降、志願する専攻対応の支援課担当係へ問い合わせてください。
(2)授業科目的開設曜日・時限等は、都合により変更される場合があります。
(3)出願書類提出後の履修科目的変更は認めません。
(4)納入した検定料、入学料及び授業料は返還しません。
(5)図書館、課外活動施設及び食堂等は、一般学生と同様に利用できます。

10 出願書類提出先及び問合せ先

専 攻 名	コ 一 ス 名	問合せ先(願書提出先)
産業技術学専攻	産業情報学コース 総合デザイン学コース	筑波技術大学 聴覚障害系支援課教務係 〒305-8520 茨城県つくば市天久保 4-3-15 TEL 029-858-9328・9329 Fax 029-858-9335
保健科学専攻	鍼灸学コース 理学療法学コース 情報システム学コース	筑波技術大学 視覚障害系支援課教務係 〒305-8521 茨城県つくば市春日 4-12-7 TEL 029-858-9508・9509 Fax 029-858-9517

情報アクセシビリティ専攻	障害者支援(聴覚障害)コース 障害者支援(視覚障害)コース 手話教育コース	筑波技術大学 聴覚障害系支援課教務係 〒305-8520 茨城県つくば市天久保 4-3-15 Tel 029-858-9333・9334 Fax 029-858-9335
--------------	---	---

個人情報の取扱いについて

本学では、出願に際しご提出頂いた氏名、生年月日、住所、成績及び障害、その他に関する個人情報は、次の範囲内で利用するとともに、適正な管理に努めます。

- ① 選考及び入学手続き等の入学までの一連の業務。
- ② 入学後の修学・履修指導関連の業務。
- ③ その他、本学の教育・研究、学生支援に必要な業務及び統計・分析のための資料作成等の業務。

科目等履修生		検定料 ※ 納付確認	処理 ※ 番号
令和8年度国立大学法人筑波技術大学大学院科目等履修生入学願書			
ふりがな			
氏名 (署名)	写真貼付 (4cm×3cm)		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
	(〒 - - -)		
現住所	TEL - - - 自宅・呼出(方) Email		
本学の科目等履修生として在籍したことの有無		有・無	有の場合、その学籍番号
学歴 ・ 履歴	昭和・平成・令和 年 月 中学校		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
	年 月		
勤務先 又は 在学先	有 無	名称	
		住 所	
		TEL	- - -
履修目的			

※印欄は記入しないこと。

令和8年度国立大学法人筑波技術大学大学院科目等履修生履修科目申請票

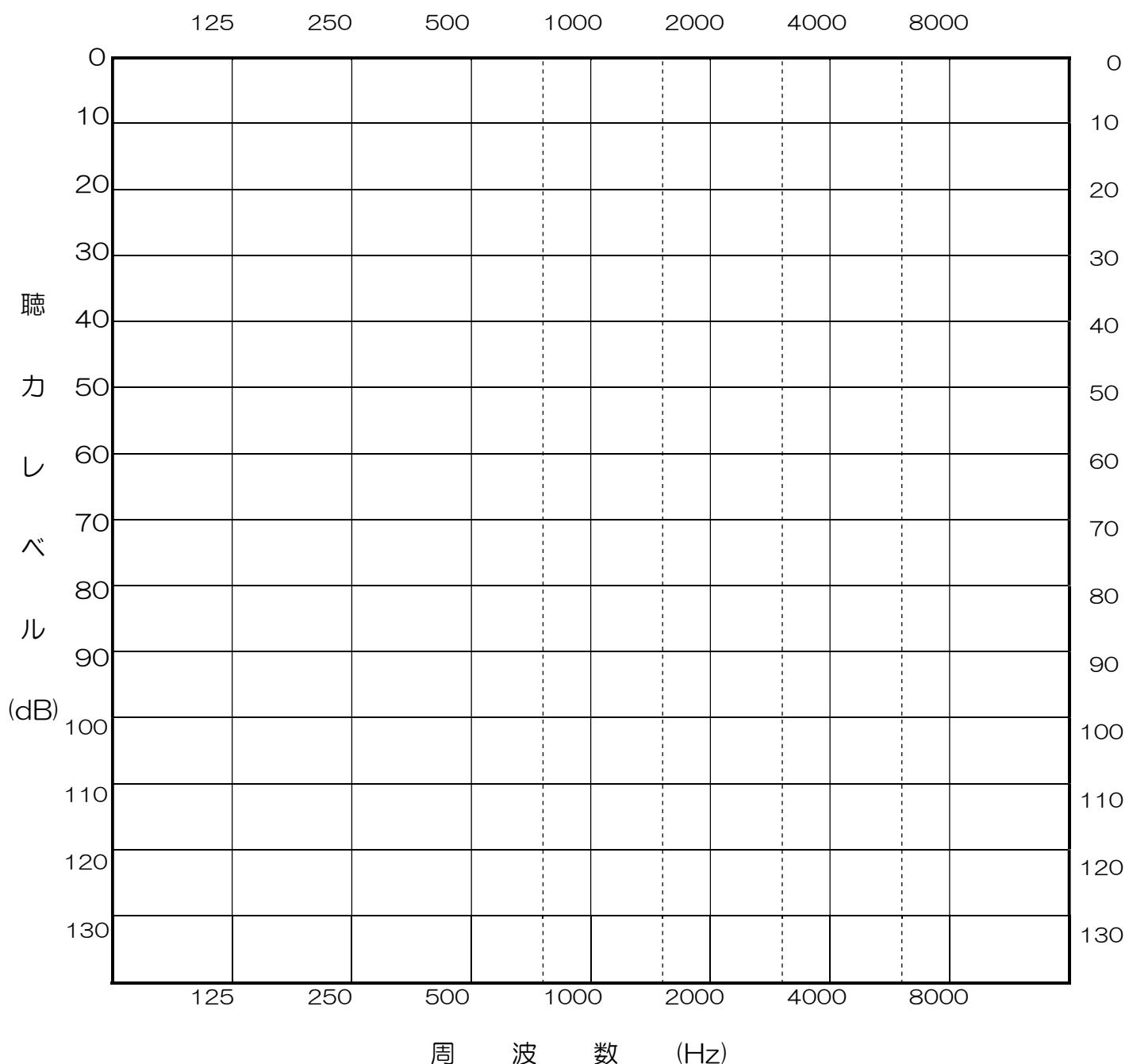
			処理番号	※	
ふりがな		最終学歴	学 校 短期大学 大 学 大 学院 学部・群 学科・類 研究科・専攻	勤務先又 は在学先 の有無	有 ・ 無
氏 名			昭・平・令 年 月 卒		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生				
在籍期間	※ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (か月)				

※印欄は記入しないこと。

聴覚障害に関する診断書

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
現住所	

1 オージオグラム



処理番号	※
------	---

2 医学的診断等

- ア 診断名（聴覚障害の種類と程度： ）
- イ 平均聴力レベル（右 dB, 左 dB）
- ウ 失聴原因（ ）
- エ 失聴時期（ ）
- オ 補聴器等の装用開始時期（歳 ケ月）
- カ 現在使用の補装具等（補聴器 人工内耳・その他（ ））
- キ 身体障害者手帳（有・無） 有の場合は等級（ 級）

〔記入上の注意〕

- 「身体障害者福祉法第15条の指定医」が作成してください。
- オージオグラムには、左右耳の気導聴力検査及び左右耳の骨導聴力検査結果を記入してください。
- 「2ーカ 現在使用の補装具等」の欄については、いずれかを○で囲んでください。
- ※印欄は記入しないでください。

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

住所（所在地）

医療機関名

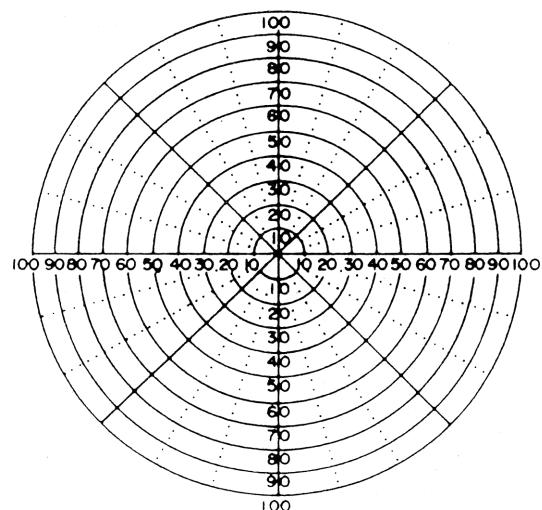
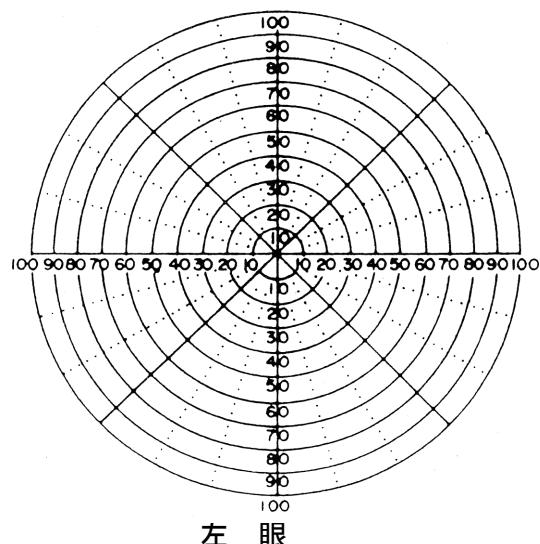
医師の氏名



視覚障害に関する診断書

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
現住所	

1 現在の視力 右眼（裸眼） 矯正)
 左眼（裸眼） 矯正)
 2 視野 (正常 ・ 異常)



3 光覚 (夜盲：有・無)

4 視力障害原因病名

右眼

左眼

5 その他の特記事項

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

住所（所在地）

医療機関名

医師の氏名

印