**桜ヶ丘医学部歯学部 e-ポートフォリオ登録申請書**

私は、桜ヶ丘 e-ポートフォリオの利用者会員となることを申請します。

申請日　　　　　年　　　　月　　　　日

(ふりがな ) ※

氏名 ※ 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　（自筆）

生年月日 ※ 西暦 年 月 日

電話番号/内線

メールアドレス ※

職員番号/学籍番号（鹿児島大学ID）※　　　　　　　　　 　　　（k　　　　　　　　）

※必須

**登録形式について（いずれかにチェックをつけてください）**

□　学習者登録

□　指導者・評価者登録

→　□　授業科目 科目名：　　　　年度入学

　　□　実習科目　 臨床実習：　　　年度入学

選択実習：　　　年度入学

※IDの発行が完了しましたら、メールにてお知らせします。

申請書提出先 ： 医歯学教育開発センター

099-275-6869（内線6869）