

大学院 健康情報学研究科 修士1年 2025年度 前期 履修登録願

学籍番号	氏名
------	----

履修を希望する科目の口欄にチェックを記入してください。

履修希望科目 登録欄	曜日	時限	授業科目名称	学科	学年	必修	担当教員 氏名	教室
<input type="checkbox"/>	月曜	5	食生活と栄養	大学院	1	選必	小田 裕昭	C204教室
<input type="checkbox"/>	火曜	4	メディア文化と表現	大学院	1	選必	青山、落合	C304教室
<input type="checkbox"/>	火曜	5	プログラミングと応用	大学院	1	選必	長谷川 聡	N101情報実習室
<input type="checkbox"/>	水曜	5	健康情報学	大学院	1	必修	落合、長谷川、周、後藤、近藤、吉田友	C304教室
<input type="checkbox"/>	木曜	5	知的財産権と研究倫理	大学院	1	必修	世良 清	C204教室
<input type="checkbox"/>	金曜	4	専門社会調査演習	大学院	1	選必	中村 麻理	C107情報実習室
<input type="checkbox"/>	金曜	5	健康情報学演習1	大学院	1	必修	落合、長谷川、吉田洋、後藤、近藤、周、青山	