

単位互換協定に基づく特別聴講学生入学願

平成 年 月 日

.....様

フリガナ 氏名		印	男女
生年月日	(西暦)	年	月 日
現住所	〒 電話		
在籍大学 学部(専攻) 学年			

次のとおり特別聴講学生として、.....に入学いたしたくお願いします。

1 履修期間 平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日()

2 授業科目を履修する理由

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3 履修を希望する授業科目

授業科目名	単位	学期	担当教官	曜日	時限	備考