

入学願様式

単位互換協定に基づく特別聴講学生入学願

平成 年 月 日

-----学長様

フリガナ 氏名		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