

受付番号 ※

鳥取県4大学間の単位互換に関する包括協定にかかる 特別聴講学生受入及び入学許可願

鳥取短期大学 学長 殿

記入日：令和 年 月 日

写真貼付

縦2.7cm×
横2.3cm

学生証用として、同じサイズの写真をもう一枚ご用意下さい。

ふりがな				性別	男・女
氏名					
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)				
在籍大学			在籍学部・学科・学年		
電話番号			携帯電話番号		
E-mail			学生駐車場利用	有・無	*有の場合別途書類の提出が必要です
現住所	〒				
学歴	年 月	立 高等学校			科 卒業
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				
	年 月				

下記の通り、特別聴講学生としての受け入れ、及び入学を許可くださるようお願いいたします。

履修時期	科目名	担当教員名	単位数
令和 年 前期・通年・後期			
令和 年 前期・通年・後期			
令和 年 前期・通年・後期			
令和 年 前期・通年・後期			
令和 年 前期・通年・後期			

【履修願書の記入上の注意】 ※は記入しないこと

- 黒のボールペンで**太枠内**を記入してください。
- 氏名は戸籍通りの表記で記入してください。(略字は使用しないでください。)