**富山高等専門学校特別聴講学生履修願**

**（ｅラーニング高等教育連携）**

令和　　年　　月　　日

富山高等専門学校長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 男　女 |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 大 学 名高等専門学校名 |  |
| 学部名・学科名 |  |
| 専 攻 名 |  | 学　年 |  |
| 学籍番号 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| e-mail（所属機関発行のものに限る） |  |

　下記のとおり特別聴講学生として、富山高等専門学校が開講する授業科目を履修したいので、許可くださるようお願いします。

記

履修を希望する科目

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 授業科目名 | 開講学期 | 単位数 | 担当教員名 |
|  |  |  |  |

以上