**長岡技術科学大学（ｅラーニング高等教育連携・遠隔教育）特別聴講学生履修願**

令和　　年　　月　　日

長岡技術科学大学長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　　名 |  | 印 |
| 所　属・学年等 | 大学　　　　　　　学部　　　　　　　学科　　　学年高専　　　　　　　学科・専攻　　　　　　　　　学年 |

下記のとおり特別聴講学生として、長岡技術科学大学に入学いたしたく存じますので、よろしくお願いいたします。

記

１．本学の授業科目を履修する理由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

２．履修を希望する科目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 科　目　名 | 学　期 | 単　位 | 担当教員名 | ※確認印 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※　記入しないこと