特別聴講派遣学生願書

令和　　年　　月　　日

福　井　大　学　長　　殿

助言教員印

＿＿＿＿学部＿＿＿＿＿＿＿＿課程・学科
平成＿＿年度入学
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
学生コード＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

特別聴講派遣学生として，　　において下記のとおり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

１．履修期間　　令和　　年度　前期・後期

２．他大学等の授業科目を履修する目的

３．履修科目

授業科目 （本学における該当科目）	単位	担当教員	曜日	時限	単位認定の希望の有無	共通・専門