

特別聴講派遣学生願書

平成 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 平成 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