

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

_____ 年度入学

氏 名 _____

学籍番号 _____

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いたします。

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

授業科目	単位	担当教員	曜日	時限	単位認定の希望の有無	共通・専門