

単位互換協定に基づく特別聴講学生入学願書

城西国際大学長 殿

特別聴講学生として、下記の科目を受講いたしたく、お願いいたします。

写真貼付

写真をはる位置

1. 対45mm×33mm
2. 裏面のりづけ
3. パスポート申請写真の要件に準じる

出願者情報	記入日付	年 月 日 ※西暦記入、以下同じ				
	所属大学名					
	学部学科等	学部		学科 (年次)※		
	ふりがな				性別	男 ・ 女 該当に○印
	氏名					
	生年月日	年 月 日 (歳)			国籍	留学生の場合
連絡先	〒 TEL - -					
聴講希望内容	受入大学	城西国際大学			受講年度	年度
	授業科目名	単位	学期	曜日	時限	担当教員名
出願理由						

出願者所属大学記入欄

上記学生を単位互換協定に基づく特別聴講生として、出願することを認めます。

年 月 日

大学名
学長名

印

※受講年度における学年を記入してください。

(用紙の大きさは、日本工業規格A4とする)