

(共通様式第 1 号)

単位互換学生（特別聴講学生） 願書

年 月 日

学長 殿
(所属大学)

私は、学都仙台単位互換ネットワークに関する協定に基づき、下記のとおり科目履修を希望します。

所属大学学籍番号		フリガナ					男・女
		氏 名					
入学年度				生年月日			
年度				年 月 日			
所 属 大 学 ・ 学 部		大学		学部			
学 科 ・ 専 攻 等		学科 (専攻)		年次			
現 住 所 等		〒					
		電話					
		携帯					
		E-mail					
出 願 大 学 名 等		大学		学部		学科	
履 修 科 目 名 等		科目コード	授業科目名	担当教員	開講学期等		
					期	曜日	校時
					期	曜日	校時
					期	曜日	校時
					期	曜日	校時
					期	曜日	校時
志 望 す る 理 由							

(受入大学使用欄)