

年 月 日

長崎総合科学大学
学 長 殿

氏 名 印

聴 講 生 願 書

貴学の授業科目を下記の目的により聴講したいので、許可下さるようお願い致します。

記

(目 的)							
前 期				後 期			
No.	授 業 科 目	単 位	担 当 印	No.	授 業 科 目	単 位	担 当 印
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			
合 計 () 科 目 () 単 位 履 修 費 () 円							