

大学コンソーシアム富山 単位互換(特別聴講学生)履修願

※太枠内全て記入して下さい。

_____年 ____月 ____日提出

学生情報	所 属 大学・学校	大学・学校名	学 部	学 科	学年	学籍番号
			学部	学科		
	ふりがな		生年月日	(西暦)	性別	男 ・ 女
	氏 名			年 月 日		
	住 所	〒 —			TEL	- -
				携帯 TEL	- -	
	E-mail	@ems.u-toyama.ac.jp				
申込科目	開 設 大学・学校		開講時期	年 月 日() ~ 年 月 日()		
	科 目 名					
	授業時間	曜日	時限	担当教員名		
	志望理由					

※大学・学校記入欄

所属大学・学校	科目開設大学・学校
確認印	確認印
送り出し可否	履修可否
可 ・ 否	可 ・ 否

所属大学・学校の
学生証の写しを
貼付してください。

※大学・学校記入欄

備 考	
-----	--

【注意事項】

この履修願は、科目開設大学・学校の提出期間内に、所属大学・学校へ提出すること。

【個人情報の取扱いについて】

記入された個人情報は、単位互換制度に関わる業務のみ使用し、第三者への目的外の開示・提供はしません。