

(西暦) 年 月 日

## 特別聴講学生願

常磐大学長 殿  
常磐短期大学長 殿

所 属 : (学校名)  
(学部等) 学部 学科  
学籍番号 :  
学 年 : 年  
氏 名 :  
生年月日 : 年 月 日生  
(電話) (Eメール)  
連 絡 先 :

私は、貴大学の下記科目を特別聴講学生として受講したいので、許可くださいますようお願いいたします。

### 記

授業科目名	担当者名	セメスター	単位数	曜日	時限

### 【受講理由】

単位互換協定に基づく、貴大学における過去の受講歴（ある場合のみ記入）

受講年度	学期	授業科目名	単位数
年度			
年度			
年度			

所属学校での保険への加入状況（他の教育機関での事故への補償がされているもの）

未加入 ・ 加入済