様式第3号

**特別聴講願**

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属大学名　又は  所属事業所名 |  | | |
| 学年 及び 学籍番号  （学生の場合のみ記入） | 年　　　　　　　　　　　番 | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏　 名 |  | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 　　年 　　月 　　日生 | 性別 |  |
| 現住所 | 〒 　　　－ | | |
| 連絡先  ※連絡がつきやすいもの | 電話番号：  メールアドレス： | | |
| 履修希望科目名 |  | | |
| 茨城県立産業技術短期大学校の授業科目を履修したいので、許可願います。  令和 　　年　　 月　　 日  　　 氏　名  茨城県立産業技術短期大学校長　殿 | | | |

上記の者について、茨城県立産業技術短期大学校の特別聴講生としての入学を承諾します**※**。

大学（事業所）所在地

大学（事業所）名

学長（代表者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

* **交流協定に基づかない大学又は県内事業所に勤務する者のみ記載して下さい。**