聴　講　願

　　　　　　 　　　　年 　月 　 日

　 福岡県立大学長　殿

 　　　　　 氏　　名　 　　　　　 　 　印

 　　　　　 生年月日　　　　年　　　月　　　日

現 住 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　私は、貴大学聴講生として下記のとおり聴講したいので、御許可くださるようお願いします。

記

１聴講科目

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  科　目　名 | 期間 | 曜日 | 時限 | 単位数 |  担当教官名 |  備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

２、期　間 自　　　　　　年　　　月　　　日

 至 　　　　　年　　　月　　　日

３、聴講理由