

特別聴講学生願書

令和 年 月 日

熊本大学理学部長 殿

大学・学部
学科・学年

大学
学科

学部
年

氏 名

男・女

生年月日 昭和・平成 年 月 日

下記のとおり、貴学部の授業科目を履修したいので、関係書類を添えて願ひ出ます。

記

履修希望期間

- ☐大学公開実習 A 令和6年 8月23日（金）～ 8月29日（木）
- ☐大学公開実習 B 令和6年 8月30日（金）～ 9月 5日（木）
- ※希望期間をチェックして下さい。

履修希望授業科目・単位及び担当教員等

授 業 科 目	単 位	単位認定	担 当 教 員	期 別	年 度
臨海実習Ⅱ	2	☐ 必要 / ☐ 不要 ※ 公・私立大学所属の学生は、 いずれかにチェックして下さい	嶋 永 元 裕 田 中 源 吾 山 田 勝 雅	集中	令和6

※ 熊本大学で修得した単位を認めるか否かは、所属大学の決定によります。
また、公立・私立大学所属の学生で単位認定を必要とする場合は、熊本大学の規則に基づき授業料を徴収します。

現 住 所	〒 Tel () e-mail *緊急連絡用：必ず記入！
保 護 者 連 絡 先 (住所・氏名・続柄)	〒 Tel () (続柄)
在籍大学の指導教員	