

(様式第1号)

聴 講 願

年 月 日

岐阜市立女子短期大学長 様

住 所

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日生

私は、貴学において下記の授業科目を聴講いたしたいので、許可くださるようお願いいたします。なお、聴講生として授業を聴講するにあたり、貴学の学則及び諸規程を遵守することを誓います。

記

聴講希望科目	曜日	時限	聴講希望理由	科目担当承認印
				承認します 氏名 ⑩
				承認します 氏名 ⑩
				承認します 氏名 ⑩