|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公益社団法人ふじのくに地域・大学コンソーシアム単位互換科目履修願（短期集中）＜防災＞　 年　 月　 日静 岡 大 学 長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |

この度、貴学において特別聴講学生として下記の科目を履修したいので、許可をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 科目提供大学 | 静岡大学 |
| 科　目　名 | ふじのくに学（防災） |

|  |  |
| --- | --- |
| 所属大学・高専 | 大学　　　　学部　　　　　学科　　年 |
| 学籍番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 現住所 | 〒　　　　－ |
| 連絡先 | ℡　　（　　　　）　　　－ |
| E-mail |
| 学生教育研究災害傷害保険加入の有無（○を付けてください） | 有　 ・ 　無 |

この出願票に記載された個人情報については，教務事務及び諸連絡にのみ利用させていただきます。履修にあたり配慮が必要な方は、その内容を書いて下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| コンソーシアム事務局の受付番号 | № |
| 所属大学の受付番号 | № |

【質問欄】「静岡県ふじのくに防災士（知事認証）」資格取得の希望の有無　有　　・　　無　　（○をつけてください） |