|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）＜演劇論＞  　 年　 月　 日  静岡英和学院大学長　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 | 静岡英和学院大学 | | 科　目　名 | ふじのくに学（演劇論） |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 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】シアタースクール鑑賞の希望日（どちらか1日）に〇をつけてください。  　　　 8月17日（土）希望　　・　　8月18日（日）希望 |