|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）　＜しずおか＞  令和　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（しずおか） |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 所属大学 | 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 | |   　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。  　※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。   |  |  | | --- | --- | | コンソーシアム事務局の受付番号 | № | | 所属大学の受付番号 | № | |