

西暦 年 月 日

全学教育科目等履修願

〔 2・4・6セメスター／3・4クォーター 〕

学務審議会委員長 殿

学部
研究科学科
専攻専攻
課程

年

学籍番号(Student ID)

ふりがな(Name in Katakana)

氏 名 (Name)

連絡先(Tel)

下記のとおり、全学教育科目等を履修したいので許可願います。

記

授業コード Course Code	授 業 科 目 Subject	単位 Credit	教 員 名 Instructor	曜日 Day of Week	講時 Period	開講期 Term	教員認印 又は署名 Instructor's signature

- 注 1. 授業担当教員から受講の承諾を得ること。
 受講の承諾を対面で得た場合は、履修願に押印又は署名を受けること。
 受講の承諾をメールで得た場合は、履修願に該当授業を記入し、
 承諾メールの画面のコピーを添付すること。
3. 開講期の欄は、必ず記入すること。
4. 提出期限は、厳守すること。