

年 月 日

特別聴講学生入学願書

佐世保工業高等専門学校長 殿

大学等名
学科・専攻
学 年
氏 名
性 別 男・女
現 住 所

学科・専攻
学 年
印

電話番号

私は、貴校の特別聴講学生として下記授業科目を履修したいので、許可くださるようお願いいたします。

開 講 学 期	曜 日 ・ 限	授 業 科 目	単 位	担 当 教 員
年 度 期				

期 間 年 月 日 ～ 年 月 日

指導教員氏名 (自署)	
----------------	--