

(西暦) 年 月 日

神戸親和女子大学聴講願

神戸親和女子大学長 殿

〒

住所

Tel

氏名

(自署)

下記の科目について、神戸親和女子大学聴講生規程(昭和 43 年 3 月 6 日制定)に基づき、聴講を希望します。

1. 授業科目名等(時間割を確認のうえ、正確に記入してください)

科目名	科目コード	担当教員	学期	曜日/時限	(受験)
			春・秋		
			春・秋		
			春・秋		
			春・秋		
			春・秋		

※1 学期間に 5 科目以内とする。

※試験の受験を希望する場合は(受験)欄に○を記入すること。ただし、単位の認定は行わない。

2. 期間(西暦で記入) : 年 月 日 ~ 年 月 日

3. 希望理由 :