

# 聴 講 願

(様式1)

( 看護学部 ・ 診療放射線学部 )

平成 年 月 日

群馬県立県民健康科学大学長 様

住 所

電話番号

生年月日

氏 名

印

群馬県立県民健康科学大学聴講生として次のとおり聴講したいので、許可してください。なお、聴講許可になりましたら、貴学規程に従うことを約束します。

聴講目的					
授業科目名	担当教員名	時間割		単位数	聴講期間
		曜日	時限		
		前期開講科目	科目	単位	
		後期開講科目	科目	単位	
		計	科目	単位	

※記入しないこと

聴 講 料	(円)	×	(単位)	=	円
-------	-----	---	------	---	---