

No. \_\_\_\_\_

年 月 日

長崎国際大学 学長殿

## 聴 講 許 可 願

現住所 \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 月 日

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

私は、 \_\_\_\_\_ 年度 長崎国際大学の聴講生として下記の科目を受講したく、貴学の規程に従い、関係書類を添えて申請します。

### ① 希望科目名及び担当者名

希望科目名	担当者名

② 受講希望開始年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

③ 受講終了年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

### 【出 願 理 由】

---

---

---

---

---

※複数科目を受講される方は、この用紙をコピーしてお申し込み下さい。