

長岡技術科学大学（eラーニング高等教育連携・遠隔教育）特別聴講学生履修願

令和 年 月 日

長岡技術科学大学長 殿

フリガナ 氏名	印	性別	男・女
資料送付 先住所	〒		
	TEL :	Fax :	
	mail :		
所属・学年 等	大学 高専	学部 学科・専攻	学科 学年 学年

下記のとおり特別聴講学生として、長岡技術科学大学に入学いたしたく存じますので、よろしくお願いたします。

記

1. 本学の授業科目を履修する理由

2. 履修を希望する科目

科目名	学期	単位	担当教員名	※確認印

※ 記入しないこと