

科目等履修生入学願書

年 月 日

新潟薬科大学長 様
(学部長経由)

生 年 月 日 _____

ふり 氏が ながな 名 _____ (男・女)

下記のとおり授業科目を履修するため、_____学部の科目等履修生として入学
したいので、関係書類を添えて出願します。

記

授 業 科 目 名	単位数	学期	曜・限	授業担当教員	*承認印
			・		Ⓜ
			・		Ⓜ
			・		Ⓜ
			・		Ⓜ
			・		Ⓜ
履 修 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日				

*欄は、授業担当教員に聴講の許可を求め、承認印欄に押印してもらってください。

NO. _____
許 可 書
新潟薬科大学学則第63条第1項の規定により、上記のとおり科目等履修生として 入学を許可する。
年 月 日
新潟薬科大学長 _____ 印