履修願

平成２５年　　月　　日

県　立　広　島　大　学　長　様

所属学部・

学科・学年

学籍番号

ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、次のとおり「大学連携特別講座」を履修したいので、許可してください。

１　履修期間

　　平成２５年１０月５日　から　平成２５年１２月１４日まで

２　履修希望科目

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 開設学科名 | 授業科目 | 単位数 | 学期区分 | 担当教員名 | 摘要 |
| 全学部 | 「大学連携特別講座」 | ２ | 後期 | オムニバス |  |