

# 他の大学等の授業科目履修願

年 月 日

山口県立大学長 様

学部 学科  
年

学籍番号

氏 名

住 所 〒 -

電 話 ( ) -

下記のとおり他の大学等の授業科目の履修を希望しますので、許可くださるようお願いいたします。

記

希望する大学等及び学部（・学科）の名	大学	学部（ 学科）		
履 修 期 間	平成	年度	前期・後期・通年	
履修を希望する科目名	単位数	開 講 期 間	担当教員	備考
		前期・後期・通年		
合 計 単 位 数				

※ 希望する大学等・学部（・学科）毎に提出してください。