

単位互換科目「京都大学公開森林実習」の履修願

平成 年 月 日

京都大学農学部長 遠藤 隆 殿

大 学・学 部 名 : \_\_\_\_\_ 大学 \_\_\_\_\_ 学部

学 科・専 攻・学 年 : \_\_\_\_\_ 学科 \_\_\_\_\_ 専攻 \_\_\_\_\_ 年

学 籍 番 号 : \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

生年月日・性別 : \_\_\_\_\_ 年 月 日 (男・女)

下記のとおり、貴大学の単位互換授業科目 平成25年度「京都大学公開森林実習」を特別聴講学生として履修したいので、関係書類を添えて申し込みます。

記

(1) 授業科目・単位・担当教員等

授業科目	単位数	担当教員	年度	学期
京都大学公開森林実習	1	安藤 信 ほか	25	

(2) 履修期間

平成25年 9月 11日（水曜日）～ 9月 13日（金曜日）

(3) 連絡先

申込者住所 等	〒 携帯電話番号 E-mail（できれば携帯アドレス）：		
保護者	氏名： _____ (続柄： _____ ) 住所： 〒 _____ TEL _____		
指導教員	所 属： _____ 氏 名： _____ 印 連絡先： TEL _____		