

単位互換科目「京都大学公開森林実習I」の履修願

年 月 日

京都大学農学部長 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 20〇〇年度「京都大学公開森林実習I」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I	1		20〇〇	

(2) 履修期間

20〇〇年 △ 月 × 日（水曜日）～ ○ 月 ◇ 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