

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24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 | 24 |    |

(2) 履修期間

平成23年 9月 4日（火曜日）～ 9月 6日（木曜日）

(3) 連絡先

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