

## 特別聴講学生願書

Application form for admission as a visiting student (special auditing student)

令和 年 月 日  
Date九州大学理学部長 殿  
(To: Head of the School of Science – Kyushu University)

所属/Affiliation

_____	大学 University	_____	学部 Faculty
_____	学科 Department/Course	_____	学年 年 Current Grade/year

学籍番号/Student ID \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏名（自署）/Name \_\_\_\_\_

生年月日/Date of Birth \_\_\_\_\_年 year \_\_\_\_\_月 month \_\_\_\_\_日 day

性別/Sex &lt;男 male・女 female&gt;

下記のとおり、特別聴講学生として貴学部の授業科目を履修したいので、  
ご許可くださるようお願いいたします。

(I would like to take a course offered at your institution, as designated below.)

## 記

1. 履修期間/term 令和6年8月18日～令和6年8月25日 (18 - 25 Aug 2024)

2. 履修希望授業科目・単位および担当教員等

授業科目/course	単位/credit	担当教員/teachers	開講時期/semester
臨海実験 II Field work in Marine Biology II	2	新垣 准教授/Dr. S Arakaki NiNiWin 助教/Dr. NiNiWin	令和6年度 第1学期 (1st semester, 2024)

本人の連絡先 Contact address	〒 _____ (Postal Address)		
	[電話/phone] ( _____ )	_____	_____
	[携帯/mobile phone] ( _____ )	_____	_____
	[e-mail] _____ @ _____	_____	_____
保証人 Guarantor	氏名/name	(続柄/relation _____)	
	連絡先 /contact	〒 _____ (Postal Address)	
	[電話/phone] ( _____ )	_____	_____
	[携帯/mobile phone] ( _____ )	_____	_____

※記入いただいた個人情報、履修登録および緊急連絡の目的以外には利用しません。