|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 大学コンソーシアム岡山　単位互換履修科目履修願 | 所属大学の  受付番号 |  |
| **＊学生は太枠内のみ記入** | 受入大学の  受付番号 |  |

写真

貼付／要

（身分証明書用）

|  |  |
| --- | --- |
| 環太平洋大学長　殿 | 提出日　　　　 　　　　年　　　　　 月　　　　 日 |
| ふりがな  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

この度，貴学において単位互換履修生として下記の科目を履修したいので，許可をお願いいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属大学等 |  | | | |
| 学部・学科・学年 | 学部　　　　　　　　　　　　　　　　　　学科　　 　　 年 | | | |
| 学生番号 |  | 性別 | 生年  月日 | 西暦　　　　　　年 |
| 男・女 | 昭和・平成 　　 年 月 日 |
| 現住所 | 〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ℡（　　　　　　）　　　　　　－ | | | |
|

**＊履修受付締切日：**　【先着順】　後期：9月16日（火）まで

**＊区分（教養/専門）：**開講大学の区分を示しています。受講生の所属大学における区分については，申込みの際に所属大学で確認してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 授　業　科　目 | 区分 | 担当教員 | 単  位 | 開講期 | 配当  学年 | 備　考 | 曜日･時限 | | 履修  希望 | 評価 |
| **対面授業科目** | | | | | | | | | | | |
| 08001 | スポーツ栄養学 | 専門 | 保科　圭汰 | 2 | 後期 | 2～4 | 定員：若干名 | 月 | 10：45～12：15 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 写真提出枚数  （カラー，4㎝×3㎝，裏面に大学名・氏名を記入する） | 身分証明書用 | 学生原簿用 | 計 |
| 1　枚 | 0　枚 | 1　枚 |