

聴 講 願

年 月 日

千里金蘭大学長 殿

聴講生証番号*	
ふりがな	
氏 名	印
生年月日	年 月 日
住 所	〒 —
電話番号	— —
緊急連絡先 ※1	(TEL) — — (メール) @

次の科目の聴講許可をお願い致します。

開講期間 ※2	開講曜日時限		科目名 ※3	担当教員名
	曜日	時限		
前期・後期 通年・集中				
前期・後期 通年・集中				
前期・後期 通年・集中				
前期・後期 通年・集中				
前期・後期 通年・集中				

- ※1 休講等が生じた場合や、その他緊急時にご連絡します。(携帯電話番号 可)
- ※2 該当する項目を○で囲んでください。
- ※3 1学期間に聴講できる科目数は、5科目以内です。

受付日*	聴講期間*	許可日*
年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日

◆太枠内をご記入ください。 *印は、本学使用欄です。

履 歴 書 (聴講生)

年 月 日

ふりがな			
氏 名			写 真 (縦4 cm×横3 cm、上半身・正面向、最近3ヶ月以内撮影のもの)
生年月日	年 月 日		
本学ご卒業の場合※1	卒業時のお名前		
	卒業年	年	学部・学科 専攻 (コース)
最終学歴	年 月		卒業
職 歴 ※2	年 月～		年 月
	年 月～		年 月
	年 月～		年 月
	年 月～		年 月
	年 月～		年 月
現 在			
志望動機 など※3			

千里金蘭大学

- ※1 本学を卒業された方のみご記入ください。
- ※2 主な職歴をご記入ください。
- ※3 聴講の目的などをご記入ください。

事務処理欄*

◆太枠内をご記入ください。 *印は、本学使用欄です。