

大垣女子短期大学 幼児教育学科 子どもの発達と援助学コース  
履修証明プログラム 特別聴講生 申込書

令和 年 月 日

大垣女子短期大学 学長 様

履修証明プログラム「幼児教育学科 子どもの発達と援助学コース」を特別聴講生として受講したいので、ご許可くださいますようお願い申し上げます。

ふりがな		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
現住所 (連絡先)	〒 - Tel : E-mail :	
緊急連絡先	氏名 : 続柄 : Tel :	
勤務先		
履修証明プログラム 修了年度	履修証明プログラム「幼児教育学科 子どもの発達と援助学コース」の修了年度をご記入ください。 令和 年度	
聴講科目 (該当に○)	<input type="checkbox"/> ①「特別支援教育」 <input type="checkbox"/> ②「特別支援教育研究」	
聴講理由	受講希望の動機、関心のある事項等を具体的にご記入ください。	
その他	ご要望等がありましたら、具体的にご記入ください。 (※但し、授業内容については予め決まっていますので、ご要望に沿え兼ねます。)	

※連絡先の E-mail には、受講期間中のお知らせ等を配信します。