**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  （該当に〇） |  | ①「特別支援教育」 |
|  | 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。