

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○)	<table border="1"><tr><td></td><td>①「特別支援教育」</td></tr><tr><td></td><td>②「特別支援教育研究」</td></tr></table>			①「特別支援教育」		②「特別支援教育研究」
	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。