

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	
受入大学の 受付番号	

川崎医療福祉大学長 殿

提出日	年	月	日	写真貼付
ふりがな 氏 名				

*学生は太枠内のみ記入

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					
学部・学科・学年	学部		学科		年
学 生 番 号	性 別 男・女	生年月日	西 曆 年		
			昭和・平成 年 月 日		
現 住 所	〒 ————— Tel () —————				

(右の履修希望欄に○印を記入してください。)

No	授 業 科 目	担当教員	単位	開講期	配当学年	備 考	評価	履修希望	曜日・時限
07001	加齢と機能	熊倉 勇美	2	前期	1~4	定員15名			水・2
07002	ヒューマンセクシャリティー論	池田 理恵	2	前期	1~4	定員15名			水・2
07003	環境と社会	近藤 芳朗	2	前期	1~4	定員15名			水・2
07004	睡眠学	保野 孝弘	2	後期	1~4	定員15名			水・2
07005	健康と音楽	田中 順子	2	後期	1~4	定員15名			水・2
履 修 希 望 単 位 数 計									

※ この履修願に記載された個人情報については、履修及び学籍関係業務のみに利用させていただきます。