

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	

中国学園大学長 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	西暦 年 月 日		
			昭和・平成 年 月 日		
現住所	〒 ()				

(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
14001	生物学	金澤 浩	2	前期	1~4	定員10名			木・3
14002	基礎化学	中尾 安男	2	前期	1~4	定員10名			木・2
14003	微生物学	岡部 昭延	2	前期	2~4	定員10名			月・3
14004	食品学 I	太田 義雄	2	後期	1~4	定員10名			木・3
14005	衛生学	嶋田 義弘	2	前期	3~4	定員10名			金・1
14006	栄養教育論 I	村上 淳	2	後期	2~4	定員10名			金・3
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。