

7. 各大学提供科目

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
ふりがな 氏 名
印

写真 貼付

***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。

所属大学等					
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		
			昭和・平成 年 月 日		
現住所	〒 ー Tel () ー				

No.	授 業 科 目	担当教員	単位	開講期	配当 学年	備 考	曜日・時限	履修 希望	評価
対面授業科目									
07001	睡眠学	保野 孝弘	2	秋学期	1~4	定員 15 名	水 3		
07002	健康科学論	文谷 知明	2	春学期	1~4	定員 15 名	水 3		
07003	生命科学	福島 康弘	2	秋学期	1~4	定員 15 名	水 3		
07004	ヒューマンセクシ ャリティー論	杉浦 絹子 他	2	秋学期	1~4	定員 15 名	水 3		
07005	健康と音楽	田中 順子	2	秋学期	1~4	定員 15 名	水 3		

写真提出枚数(カラー, 4cm×3cm, 裏面に大学名・氏名を記入する)	身分証明書用	学生原簿用	計
	1枚	0枚	1枚