Application form for Special Auditor

令和　　年　 月　 日

　　上越教育大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　現住所（又は国籍）

 氏名

 生年月日 年　　　月　　　日生

貴学　　特別聴講学生として、下記により入学を志願いたします

 大学院学校教育研究科

ので、許可くださるようお願いします。

記

１　所属大学

２　履修期間　　２０２５年１０月１日 ～ 　　　　年　　月　　日

３　履修科目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 単位 | 曜　　時 | 学　期 | 単　　位要・不要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |