

様式第1号

写真添付

災害看護コンソーシアム特別聴講生許可願

兵庫県立大学長 様		令和 年 月 日	
ふりがな 氏 名		印	
現住所	〒	TEL e-mail	
所属大学名 (研究科、専攻 名まで記載のこ と)			
災害看護コンソーシアム特別聴講生として下記科目の履修を希望しますので、許可くださ るようお願いいたします。			
記			
科 目 名	教 員 名	曜日・時限	備 考

<添付書類>

- ◆ 学生証の写し(新入生にあつて学生証がまだ交付されていない場合は、入学許可書の写しに替えることができる)

*提出先

〒673-8588 兵庫県明石市北王子町 13-71

公立大学法人兵庫県立大学 明石看護キャンパス 学務課 大学院担当