

特別聴講学生願書

年 月 日

神戸大学理学部長 殿

所属大学・学部 大学 学部

学科・学年 学科 学年

(フリガナ)

氏 名 (男・女)

生年月日 年 月 日 生

メールアドレス

下記のとおり、貴学部の授業科目を履修したいので、関係書類を添えて
願ひ出ます。

記

履 修 期 間	令和3年(2021年)9月13日(月)～9月17日(金)
授 業 科 目	公開臨海実習Cコース (1単位)
担 当 教 員	岡村 秀雄, 三村 治夫, 林 美鶴, 堀江 好文, 鈴木 雅大

現 住 所	〒 TEL
保 証 人 連 絡 先	TEL
指 導 教 員 等 職 氏 名	氏名

注1：履修希望者は、学生教育研究災害傷害保険に加入していること。参加受理の後、学生教育研究災害傷害保険（通学特約を含む）とは別に「国内旅行傷害保険」への加入が必要になります。

注2：神戸大学の麻疹風疹登録制度（以下のURL）を参照し、抗体検査・ワクチン接種を済ませておくこと。

<http://www.kobe-u.ac.jp/campuslife/support/certificate/anti-measles-registrationH22.html>

注3：単位として認定されるかどうかは、所属大学・学部で確認すること。