

## 履修証明プログラム履修許可願

年 月 日

山 口 大 学 長 殿

ふりがな

氏 名

印

生年月日

年

月

日

このたび、貴学 知財教育プログラムの履修証明プログラムを履修したいので、許可くださるようお願いいたします。

記

現住所 (連絡先)	〒 ー  TEL ( ) ー ー		
最終学歴			
現職			
履修を希望する履修証明 プログラムの名称 (コース名・履修期間)	知財教育プログラム ( ) コース) 平成29年10月1日～平成31年9月30日		
受講登録を希 望する選択必 修科目	科 目 名	単位数	備 考
履修を希望す る理由			

(注) 科目等履修生としての履修の希望については裏面に記載してください。

科目等履修生として履修を希望する場合には、別途手続きが必要です。

科目等履修生としての履修の有無		有 ・ 無 (いずれかを○で囲んでください。)		
※上記が「有」の場合は科目名を記載してください。	科 目 名	単位数	備 考	

\*科目等履修生としての履修の有無に記載が無い場合には、無しとして取り扱います。