九州工業大学特別聴講学生願（e-HELP）

（e ラーニング高等教育連携事業）

令和　　年　　月　　日

九州工業大学長　殿

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名	
連絡先	Tel： e-mail：　　@ ※携帯電話のメールアドレスは不可
所属機関	大学　大学院 工業高等専門学校 学部　　学科 研究科　　専攻 課程 学年 学籍番号（　　）

特別聴講学生として下記授業科目を履修したいので申請します。なお，特別聴講学生として許可された場合は，貴学の学則その他諸規則を遵守します。

記

科　　目　　名	学習予定時間 （例：18 時以降，自宅）	単位取得意思の有無
		有　　無
		有　　無
		有　　無
		有　　無

（注）1. Mail は，遠隔教育のための各種連絡事項や課題が添付された内容が送付されるため，所属大学等で付与されているものを記入すること。

2. 所属機関の教務課，教育支援課等担当者へ提出すること。