

複合領域コース（特別聴講学生）願書

年 月 日

学 長 殿

(所属大学)

私は、複合領域コースの特別聴講学生として下記のとおり提供・開講科目を履修したいので関係書類を添えて提出いたします。

なお、下記の個人情報の取扱いについては、利用目的等を確認の上、同意します。

フリガナ		性別		都道府県	写真貼付欄 写真は、たて4cmよこ3cmの大ききで、正面を向き、上半身、脱帽のもの（過去3ヶ月以内に撮影）を枠内に正しく貼つて下さい。
氏名		男・女	本籍		
生年月日	19 年 月 日				
学籍番号					
現住所等	〒 _____ TEL _____				
所属大学・学部・学科	_____大学_____学部 学籍番号（_____）				
志望する協定大学・複合領域コース	_____大学 複合領域コース： _____ コース				
志願（出願）理由					
履修科目名等	授業科目名	担当教員	単位数	開講学期等	
				期	曜日 校時

〔個人情報の取扱いについて〕
 *本申請書に記載される個人情報及び申請者の成績評価についての個人情報は、複合領域コースに参加する4大学（東京医科歯科大学、東京外国語大学、東京工業大学、一橋大学）において、複合領域コースを運営するために必要な次の利用目的に使用します。①複合領域コースに伴う4大学間の単位互換協定に基づく、所属大学と協定大学間の派遣・受入手続業務②複合領域コース参加者（特別聴講学生）のための学籍管理業務（履修登録・成績評価・単位認定・学生証及び証明書発行等）③複合領域コース参加者管理のための業務及び複合領域コース修了認定のための業務