

年 月 日

千葉科学大学長 殿

本籍 都道府県

氏 名_____

生年月日_____年____月____日生

住 所_____

願可許生修履等科目

貴学科目等履修生として、下記のとおり履修したいのでご許可願います。

記

ここで取り扱う個人情報は学籍管理のために利用し、他の目的では使用いたしません。

また、個人情報は管理責任者のもとに管理し、事前に本人の承諾なく第三者へ提供されることはありません。