

西暦 年 月 日

特 別 聴 講 願

金沢看護専門学校学校長 殿

ふりがな
氏 名 (旧姓)

聴講生として受け入れ願います。

記

連絡先 (現住所)	〒		
携帯電話		メールアドレス	
生年月日	西暦	年 月 日	男 ・ 女
卒業年	西暦	年	学籍番号 ※

※当時の学籍番号がわかる場合はご記入下さい。

聴講希望科目名	科目担当者名	承認印