（様式１）

年　　月　　日

殿

所　　属　　学部　　学科
学　　年　　年次
学籍番号
氏　　名（ふりがな）　　㊞
電話番号　　－　　－
e-mail　　@

県 内 大 学 単 位 互 換 履 修 生 願

私は，2019 年度に長野県内大学単位互換に関する協定に基づき，下記のとおり＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿大学の授業を履修したいので，許可願います。

記

開講部局	学期等	授 業 科 目 名	単位数	担当教員	曜日	時限
	前期 後期 通年		単位		曜日	時限
	前期 後期 通年		単位		曜日	時限
	前期 後期 通年		単位		曜日	時限
	前期 後期 通年		単位		曜日	時限
	前期 後期 通年		単位		曜日	時限
	前期 後期 通年		単位		曜日	時限