

別紙様式

# 履 修 願

令和 年 月 日

福島大学 学類長 殿

入学年度・学年 年度・ 年  
学籍番号

(フリガナ)

氏 名

(電話 )

(E-Mail )

大学間相互単位互換に関する取扱規則第5条の規定により、下記のとおり  
他大学等の授業科目を履修したいので許可願います。

記

大 学 名	授業科目名	単 位	担当教員名	履修期間	開講曜日 時 限