

聴 講 生 番 号

# 聴 講 願 書

年 月 日

大阪大谷大学  
学長殿

貴大学の聴講生として下記科目を受講いたしたく、「大阪大谷大学 聴講生規程」第 2 条に定める書類を添えて出願いたしますので、聴講をご許可くださいますようお願いいたします。聴講に際しては、学則および履修に関する諸規則を遵守いたします。

フリガナ 氏 名	(印)				<b>写真 添付</b> ・たて 3.5cm × よこ 2.5cm ・3 ヶ月以内に撮影したもの ・正面・上半身 (胸部より上) ・脱帽のもの ・スナップ写真不可
生年月日	西暦	年	月	日	
住 所	〒				
電 話	(自宅)		(携帯)		
性 別	男 ・ 女	E-mail			
最終学歴	<input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> その他 (                      )				
聴 講 希 望 科 目	※開講科目コード	担 当 教 員	曜 日	時 限	前 期 後 期 通 年

太枠内に記入してください。ただし、※印は記入しないでください。

半期科目数 (× 7,000 円)		※計	円	※合計	円
通年科目数 (×14,000 円)		※計	円		

この用紙に記載された内容および提出書類等は、聴講に関する事柄にのみ使用いたします。