

特別聴講学生願書

筑波大学大学院理工情報生命学術院長 殿

大学・研究科名	大学大学院	研究科
課程・専攻・学年	課程	専攻 年
学 籍 番 号		
フリガナ		
氏 名	印	
生年月日・性別	年 月 日 (男・女)	

下記のとおり、貴学術院の授業科目を履修したいので、関係書類を添えて申し込みます。

記

1 履修期間 令和8年10月5日(月)～同年10月8日(木)

2 履修授業科目・単位及び担当教員等

授業科目	単位	担当教員	学期
マリン生態環境科学	1 単位	Harvey Benjamin Paul 露木葵唯	秋学期 A モジュール

3 連絡先等

申込者現住所	〒 携帯電話番号 E-mail (できれば携帯アドレス):
保護者連絡先	氏名: (続柄:) 住所: 〒 TEL
在籍大学の指導教員	所 属: 氏 名: 連絡先: TEL
<input type="checkbox"/> 本履修願について指導教員の下承を得ました。(□に✓を入れてください)。	

※履修希望の学生は、学生教育研究災害傷害保険（もしくはこれに相当する保険）に加入していること。

※健康状態に不安がある方は、事前に下田臨海実験センターにお問い合わせください。