

電気通信大学（大学院）特別聴講学生願

令和 年 月 日

電気通信大学長 殿

フリガナ 氏 名		男 女	写 真 貼 付 3cm×4cm 脱帽上半身 正 面 ※3cm×3cm でも可
現 住 所	〒 TEL E-mail		
在学大学大学院 研究科 専攻 課程・学年			
生年月日	年 月 日		

下記のとおり特別聴講学生として、電気通信大学大学院に入学いたしたく存じますので、よろしくお願いいたします。

記

○本学の授業科目を履修する理由

○履修を希望する授業科目

専攻名	授 業 科 目 名	単位	学期	担当教員名	曜日	時限

電気通信大学（大学院）特別聴講学生退学願

令和 年 月 日

電気通信大学長 殿

大学名		研究科・専攻名	
課程・学年			
氏 名			

私は下記により退学したいので、ご許可くださるようお願いいたします。

記

1. 退学の事由（詳細に）

2. 履修科目名

専攻名	授 業 科 目 名	単 位	学 期	担 当 教 員 名	曜 日	時 限

3. 退学希望年月日

令和 年 月 日