

(様式1)

聴講願

貴校において下記の科目の聴講をしたいので許可くださるよう、お願いします。
なお、聴講に際しては貴校の校則等を遵守することを誓約します。

【聴講希望科目】

科目			
単位数	単位	単位	単位

令和 年 月 日

青森県立尾上総合高等学校長 殿

ふりがな	
本人氏名	印

現住所	〒			
自宅電話番号	() -			
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	性別	
勤務先				
勤務先住所	〒			
勤務先電話番号	() -			

(未成年者にあつては、保護者の同意が必要です。)
上記、聴講に同意します。

保護者氏名 _____ 印

保護者現住所 _____

