市 民 聴 講 生 願

提 出 日　　年　　月　　日

稚内北星学園大学 学長　殿

住　所	〒　　-
電話番号	
携帯番号	
フリガナ	
氏　名	印
mailアドレス	

市民聴講生として、下記の授業科目の聴講を希望します。

科　目　名	開講時期(☑してください)			※時　間　割(大学記入欄)
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	
	□前期	□後期	□通年	