

年 月 日

京都光華女子大学・短期大学部
学 長 高見 茂

写 真
貼 付

(4 cm×3 cm)

高大連携科目等履修生願

フリガナ	
氏 名	
生 年 月 日	
学 校 名	
学 年	
生徒証番号	
※1 自宅住所・連絡先	〒 TEL(自宅) (携帯)

※1 成績表送付、緊急連絡時に使用します。

履修を希望する科目

科目名	年度	授業期間	曜日	講時	担当教員
		通前後			
		通前後			
		通前後			
履修事由					
※ 学校長承認欄	印				
※ 担任等教員承認欄	印				

※選考料振込のお控えについては、裏面の枠内に貼付ください。

選考料振込
控之貼付