令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 農学部長　　殿 | 指導教員認印 |
|  |

入学年 年 月

（ｺｰｽ配属 年 月）

　コース 分野

氏名：

学生番号：

　　　　　　　　連絡先℡：

下記のとおり大学院連携科目を履修したいので、よろしくお取り計らい願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 担当教員 | 授業科目名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（備考）

**１．事前に授業担当教員の了承を必ず得ること。事前承認がない場合は単位認定できません。**（事前承認の方法は、シラバスやMoodle等に記載された担当教員の指示に従うこと）

２．指導教員の認印を必ずもらうこと。

３．単位の認定等履修に関することは農学部学生係へ問い合わせること。