

大学院特別聴講学生受講願
(津田塾大学用)

_____年____月____日

電気通信大学長 殿

所属大学名：		写真貼付 縦 4cm×横 3cm 脱帽上半身 正面							
所属研究科名：						研究科		年	
専攻									
課程：		学生番号：							
ふりがな 氏名：		性別： 男・女 生年月日：							
現住所：〒									
Tel： E-mail:									
受講希望科目：電気通信大学大学院 情報理工学研究科 <input type="checkbox"/> 情報学 <input type="checkbox"/> 情報・ネットワーク工学 <input type="checkbox"/> 機械知能システム学 <input type="checkbox"/> 基盤理工学 専攻									
受講科目名	学期 ターム	単位数	曜日	時限	担当教員署名				

申請者署名：_____ 指導教員署名：_____

受講にあたり裏面の「単位互換に関わる個人情報の取り扱い」を確認の上、出願書類で知り得た個人情報および特別聴講学生としての成績評価に関する個人情報が、単位互換協定に基づき両大学間で授受されることに同意します。

(この用紙は、所属大学の教務課へ期日までに提出すること)

単位互換に関わる個人情報の取扱い

所属大学および受入大学は、出願書類で両大学が知り得た個人情報および特別聴講学生としての成績評価に関わる個人情報を、次の業務に限り使用します。

また、単位互換協定に基づき、次の業務のために両大学間でそれらの個人情報の授受がなされます。

- (1) 所属大学での派遣手続関連業務および派遣後の履修・単位認定・証明書発行等のための学籍管理
- (2) 受入大学での受入手続関連業務および受入後の特別聴講学生としての履修・成績評価・特別聴講学生証発行、施設利用等のための学籍管理