

# 聴講願

令和 年 月 日

石川県立金沢泉丘高等学校長 様

氏名 \_\_\_\_\_ 印

昭和

生年月日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生

下記の講座について、聴講を願います。

記

聴講を希望する 動機・理由			
聴講希望講座	単位数	聴講希望講座	単位数
		※ 5講座まで聴講可能	

## 聴講生個人票 (4月1日現在)

ふりがな 氏名			
生年月日	昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	歳	
通学方法	所要時間 _____ 分		
住所	〒 _____		
	TEL _____		
最終学歴	昭和・平成 _____ 年	卒業	
連絡先	氏名 _____	TEL _____	
会場	金沢本校	七尾サテライト校	

※ 昭和・平成、希望する会場 を○で囲んでください。