<Form B>

年　　　月　　　日

 Year Month Day

香　川　大　学　長　　殿

President, Kagawa University

**本人氏名**Name of Applicant:

性別　Sex:男　Male　・女　Female

**Signature:**

生年月日 Date of birth: 　　　　 年 Year 　　月 Month 　日 Day

現住所　Address:

郵便番号 Post Code:

電話番号 Phone no.

メールアドレス　Email address:

**保証人氏名** Name of Guarantor:

続柄 Relationship with applicant:

**Signature**:

現住所　Address:

郵便番号 Post Code:

電話番号 Phone no.

メールアドレス　Email address:

特別聴講学生願

Application to Enroll as Exchange Student

　下記により貴学の授業科目を履修いたしたく御許可下さるよう、保証人連署をもってお願いいたします。

I hereby apply to enroll as an exchange student at Kagawa University as follows:

記

１．履修希望期間　　　自　2023 年　4 月　１ 日 ～ 至 　2023 年　8 月　31 　日

Period of enrolment: From Year Month Day 　 To Year Month Day

２．履修希望授業科目、単位及び担当教員名等

 Requested class, credit and name of professor

　　別紙「履修申請科目一覧表」のとおり

 See annexed paper “List of classes”

３．在籍大学、学部及び課程

 I am currently a student at:

　　　　　　　 　大学 University

　　　　　　 　 学部 Faculty/School

　　　　　　　　 　　　課程 Course