

講義、評価等における特別措置願

平成 年 月 日

都留文科大学 保健センター長 殿

所属学科/学年 _____
 学籍番号 _____
 氏名 _____
 連絡先（電話番号） _____
 メールアドレス _____
 代筆者 _____（本人との関係 _____）

下記のとおり、講義、評価等についての特別措置を希望しますので、ご許可を願います。

1	前期・後期	曜日	時限	科目名	教員名
	支援内容				
2	前期・後期	曜日	時限	科目名	教員名
	支援内容				
3	前期・後期	曜日	時限	科目名	教員名
	支援内容				
4	前期・後期	曜日	時限	科目名	教員名
	支援内容				
5	前期・後期	曜日	時限	科目名	教員名
	支援内容				

※個人情報の利用については裏面をご覧ください。

※記入欄が不足している場合は、コピーして利用してください。

※支援内容欄は具体的にご記入ください。

