

年間履修単位制限を超えての履修登録願

年 月 日

石川県立看護大学長 様

学生番号 _____

氏 名 _____

前 期		後 期	
科 目 名	単位数	科 目 名	単位数
前期履修登録単位数		後期履修登録単位数	
年間履修登録単位数			

年間 44 単位を超えて履修登録を希望する理由