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