講義後講義録画視聴願

公立西知多看護専門学校

校長　竹内　晴子　様

　　　　　　年　　　月　　　日

　私は、以下の通り講義後の録画の視聴を希望しますので許可願います。

　　　　　　　　　　学籍番号　　　　　　　　　氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 視聴希望対象講義の実施日 | 　　　　　　月　　　　日（　　）　　限目 |
| 視聴希望対象講義名称 |  |
| 視聴希望講義担当講師名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生 |
| 視聴希望をするに至った理由 |  |

　※録画・保存状況により、視聴できない可能性もあることをご了承ください。

　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　協議した結果、あなたに希望講義の視聴を許可します。

　　　　　　　　　　　　月　　　日16時頃　～　　　月　　　日16時頃

　　　　　対象講義視聴用パスワード

公立西知多看護専門学校　校長　竹内　晴子