

学術交流協定に基づく学生交換事業申込み学生に関する教員所見

対象学生名			
所 属	学部/研究科	学籍番号	
派遣希望大学			
派遣希望期間	年 月 から 半年間 ・ 一年間		
上記学生について、学習態度、人物、交換留学により期待される成果等について記入をお願いします。 なお、記入後は、データを直接国際交流推進センター(iepc@m.hiroshima-cu.ac.jp)へご提出ください。			
年 月 日 教員所属・職 _____ 氏 名 _____			