

帝塚山大学 出張講義・キャンパス体験申込書

FAX 番号 0742-48-8096

申し込み日時

月 日 ()

1 ご希望の学科・講演者およびテーマ・分野

	学科または講演者	テーマ・分野
第1希望		
第2希望		

☆講義に当たっての要望

2 開催場所（どちらかに○をつけ、その他の場合は具体的にお書きください）

帝塚山大学		御校の教室等		その他	
-------	--	--------	--	-----	--

3 開催希望日時

	開催日	開催時間
第1希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分
第2希望	年 月 日 ()	時 分 ~ 時 分

4 受講者（確定していない場合は見込みで結構です）

	学年・コース	人数
生徒		名
保護者		名
教職員		名

5 申込者連絡先

高校名			
担当者氏名		TEL	
住所	〒		
E-mail		FAX	