

講義申込書

恐れ入りますがコピーしてご使用ください。

貴校情報

学校名		学科名	
ご担当	フリガナ ----- 先生	ご担当 学年 係	
ご住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
TEL		FAX	
Eメール アドレス			

講義の内容に関してご希望をご記入願います。

日程	年 月 日()		
時間	AM 時 分 ~ AM 時 分 PM 時 分 ~ PM 時 分		
対象	学年	人数	名
ご希望 の講義	登録番号： 共通 · PT · OT ー		番
	タイトル：		
その他			

※ご希望がございましたらご記入ください。

※上記にご記入の上、本学 入試・広報 宛にFAXでお送り願います。なお、確定後はお手数ですが、本学学長宛に正式依頼書をお送り頂き正式受理とさせていただきます。
※「出前講義」がないテーマについてもご相談に応じておりますので、お気軽にご連絡ください。

FAX.052-400-6413 愛知医療学院短期大学 入試・広報 宛