

出張講義申込書

以下にご記入いただき、FAXにてご送信ください。(この頁を適宜コピーしてご利用ください。)

年 月 日

貴校名：			
所在地：			
ご担当者名： (役職：)		TEL：	- -
		FAX：	- -
ご希望日時	第1希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分	第2希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分	第3希望 月 日 () 時 分 ~ 時 分
	ご希望の講義名・教員：		
第1希望 講義名	教員		
第2希望 講義名	教員		
第3希望 講義名	教員		
聴講予定の学年・人数：	年生(約 名)	貴校教職員の同席： あり ・ なし	
日時と講義のご希望について：	希望の日時を優先する	・	希望の講義内容を優先する
その他、ご要望等 (ある場合は具体的にご記入ください。)			

鶴見大学
入試センター宛

FAX 045-580-8299