



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。)

お申し込み日:		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		第2希望		第3希望	
	月 日()		月 日()		月 日()	
	時 分 ~ 時 分		時 分 ~ 時 分		時 分 ~ 時 分	
	集合時刻:		集合時刻:		集合時刻:	
ご希望の学部・学科・No:						
第1希望	文学部	日本文学科 日本文学科 英語英米文学科 ドキュメンテーション学科	歯学部 歯学科	短期大学部	保育科 歯科衛生科	No.
第2希望	文学部	日本文学科 日本文学科 英語英米文学科 ドキュメンテーション学科	歯学部 歯学科	短期大学部	保育科 歯科衛生科	No.
第3希望	文学部	日本文学科 日本文学科 英語英米文学科 ドキュメンテーション学科	歯学部 歯学科	短期大学部	保育科 歯科衛生科	No.
ご聴講予定の学年・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						
使用可能備品 ☐ 黒板・ホワイトボード ☐ プロジェクター ☐ スクリーン ☐ モニター ☐ HDMI ☐ RGB						
その他・ご要望等(ある場合は具体的にご記入ください。)						