

高大連携講座申込表

甲子園短期大学 宛

依頼日 平成 年 月 日

学校等名称
ご担当者名

ご連絡先	住所(〒)	
	TEL	FAX
	E-mail	

受講者	学年	人数
-----	----	----

希望日時	第1希望	年	月	日()	am・pm	～
	第2希望	年	月	日()	am・pm	～
	第3希望	年	月	日()	am・pm	～

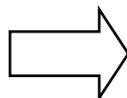
希望「テーマ」	第1希望	テーマ名
	第2希望	テーマ名
	第3希望	テーマ名

開催場所	* 甲子園短期大学にて実施の場合はその旨ご記入ください。
------	------------------------------

OA機器	ビデオの設備(有・無)	DVDの設備(有・無)
	プロジェクター(有・無)	スクリーン(有・無)

希望する内容 ・連絡事項	* 講師への希望講義内容等につきまして、何かございましたらご記入または添付してご連絡ください。
-----------------	---

ファックス送付先



0798-67-9101

ご質問・お問合せ

甲子園短期大学 入試部 中川・曾我

Eメール:t-nyushi@koshien.ac.jp

電話:0798-65-3300

(土・日・祝以外の平日8:30～17:00)