

年 月 日

関東学園大学「出張講義」申込書

関東学園大学 行

必要事項にご記入の上、ファックスまたはメールにてお送りください。

高 校 名			
連 絡 先	〒		
	TEL: ()	FAX: ()	
ご担当者名	職 名		ご芳名
希望日時	第 1 希望	月 日 曜日	: ~ :
	第 2 希望	月 日 曜日	: ~ :
	第 3 希望	月 日 曜日	: ~ :
希望講義 (テーマ)	添付資料の一覧のなかからお選びください。		
	第 1 希望		
	第 2 希望		
対 象	学年 年生 おおよその人数 人 保護者 人		
設 備	使用可能な設備に○印 プロジェクター パソコン その他()		
その他	実施に際してご要望がありましたら記入してください。 ex)「同じ講義を 2 回実施してほしい」「オンラインで実施してほしい」など。		

※ お申し込みの回答については、後日担当者から連絡させていただきます。

※ 上記の記入項目につきましては、出張講義や本学のご案内等でのみ使用させていただきます。

FAX 番号 0276(31)2770

メールの場合はこちらまで ⇒ kohouniv@kanto-gakuen.ac.jp

お問合せ先 : 関東学園大学 広報室 群馬県太田市藤阿久町 200 Tel:0276-32-7915(直通)