

申込日 年 月 日

中部学院大学・中部学院大学短期大学部

『出張講義』申込書

貴高等学校名	高等学校		
ご担当者氏名			
電話番号			
実施対象	<input type="checkbox"/> 生徒対象 <input type="checkbox"/> 教職員対象 <input type="checkbox"/> 保護者対象 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
参加人数	およそ（ ）名（ ）学年 ※学年は生徒対象の場合のみご記入ください。		
実施形態	<input type="checkbox"/> 学校行事として <input type="checkbox"/> 授業の一環として <input type="checkbox"/> 研修として <input type="checkbox"/> その他（ ）		
ご希望日時	第1希望 月 日（ ） : ~ :	第2希望 月 日（ ） : ~ :	第3希望 月 日（ ） : ~ :
ご希望のテーマまたは希望講師名 希望テーマ	希望講師名		
質問・希望など			

※なお、希望される日時については、第1希望から第3希望までお考えいただきたく存じます。