



このままFAXにて送信してください

FAX番号:0798-51-0915



## 関西学院大学 見学申込書

お申込日	20 年 月 日 ( )			
学校名	都道府県	立	高等学校	
フリガナ				
ご担当者名				
TEL	( )	—		
FAX	( )	—		
メールアドレス				
フリガナ				
当日ご担当者名				
当日連絡先 (緊急連絡先)	( )	—		
見学希望日時	第1希望 見学希望日時	20 年 月 日 ( )	時 分 ~	時 分
	第2希望 見学希望日時	20 年 月 日 ( )	時 分 ~	時 分
※受付可能期間 ①5月10日～7月12日 ②10月1日～12月20日 (土・日・祝日はお受けしていません)				
※お時間の調整は可能ですか	<input type="checkbox"/> 前倒し可 <input type="checkbox"/> 後倒し可 <input type="checkbox"/> 不可			
見学者	高校 年生 名	引率教員 名		
	保護者 名			
※未確定の場合はおおよその人数(15人以上80人未満)をご記入いただき、確定次第ご連絡ください。 また人数変更がある場合は、必ず事前にご連絡いただきますようお願いいたします。				
交通手段	<input type="checkbox"/> バス 台 <input type="checkbox"/> 公共交通機関			
希望内容 (ご希望のコースに チェックしてください)	<input type="checkbox"/> キャンパス見学のみ (所用時間:約1時間) <input type="checkbox"/> 大学説明+キャンパス見学 (所用時間:約1時間40分) <input type="checkbox"/> 大学説明+キャンパス見学+食堂利用※ (所用時間:約2時間40分) ※食堂ご利用の場合は、お弁当等の持参は不可となります。			
過去の見学	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> ( ) 回目			
きっかけ	・本学の見学について知ったきっかけは何ですか？			
当日の予定	・本学の見学後(前)に予定はありますか。			
備考				

※日程等の都合でお受けできない場合がございます。ご了承ください。