03-5222-7033へFAXをお送りください。

関西学院東京丸の内キャンパス　行

関西学院大学 村尾塾申込書

お申込日		２０　　年　　月　　日　（　　）		
学校名		都道府県　　立　　高等学校		
フリガナ			役職名	
ご担当者名				
ご住所		〒　　ー		
TEL			ＦＡＸ	
メールアドレス				
授業実施希望日時	第１希望	20　年　月　日（　）　時　分 ～　時　分（　分）		
		＜講師集合時間＞　時　分		
	第２希望	20　年　月　日（　）　時　分 ～　時　分（　分）		
		＜講師集合時間＞　時　分		
	集合場所			
	備考	原則、実施希望日の3ヶ月前までにお申し込みください。		
受講者	受講予定人数	計　　名　（内訳）　□高校　　年生　　名 □引率教員　　名		
	対象者	□　文系　□　理系　□　文理混在　□　文理選択前		
	備考	最終の受講人数が少数の場合、実施についてご相談をさせていただくことがあります。		
実施目的 出張講義をどのような位置づけで実施をされ、どのような「力」をつけさせようとされておられるのかなど具体的にご記入ください。		（具体的にご記入ください）		
貴校で使用可能な機材		□パソコン　□プロジェクター　□スクリーン　□OHC		
交通費に関する連絡事項		（区間） JR東京駅　～	支払方法	□金融機関口座振込　□当日現金
その他連絡事項				

事務局処理欄	