

出張講座申込書

開催希望日の1か月以上前のお申し込みにも御協力をお願いいたします。

【申込日】 年 月 日

高等学校名 団体名		
所在地	TEL :	FAX :
担当者名	役職等 (例 : 1年進路担当 など) : ご氏名 : E-mail :	
催事名		
趣旨・目的 (複数回答可)	① 大学の授業を体験 ③ 健康促進活動 ② 学問・仕事理解 ④ その他 () ①～③に○をつけてください。④その他の場合には、()にご記入願います。	
他大学等の 参加	有 無 (本学単独) ※ 「有」の場合は企画内容全体がわかる資料等もご送付願います。	
開催日時 (講師の集合時間も 記入願います)	月 日 () 時 分 ~ 時 分 (集合時間 : 時 分、 室)	
対象・人数		
希望する講義番号 ・講義テーマ	講義番号	講義テーマ
その他 上記以外でご要望等があり ましたらご記入ください。		

※日程・人数等の条件によってはお受けできない場合もございますので、予めご了承くださいませよう、お願いいたします。

担当係 : 東都大学 地域連携委員会事務局
TEL : 055-922-6688 FAX : 055-924-5366
E-mail : numazu-chiikirenkei@tohto.ac.jp