

令和元年度 名桜大学教育懇談会 出席申込書

日時：令和元年 10 月 19 日（土） 13：30～16：30

場所：名桜大学 学生会館 6階スカイホール

| | |
|------------------------------|---|
| 出席者人数 | () 人 |
| 出席者氏名 | ※出席者全員の氏名をご記入ください。 |
| 連絡先電話番号 | TEL |
| 学生氏名 | |
| 学生番号 | ※不明の場合は空欄でかまいません |
| 所 属 | <input type="checkbox"/> 国際学群 <input type="checkbox"/> スポーツ健康学科 <input type="checkbox"/> 看護学科 |
| 年 次 | <input type="checkbox"/> 1年次 <input type="checkbox"/> 2年次 <input type="checkbox"/> 3年次 <input type="checkbox"/> 4年次 |
| ※懇談会で質問したい事項等がありましたらご記入ください。 | |

※本票に記載された個人情報については、教育懇談会の準備以外には利用いたしません。

10月15日（火）までにご返信ください

返信先：名桜大学総務課

FAX：0980-52-4640

電 話：0980-51-1100

メール：soumu（アットマーク）meio-u.ac.jp