

平成 年 月 日

名桜大学地域連携機構 行

市町村名（または機関・団体名）

氏名

印

地域出前講座申込書

下記のとおり講座を申し込みます。

講座番号					
講座の名称					
講師名					
講座日時	第一希望	平成	年	月	日（ ） 時～ 時まで
	第二希望	平成	年	月	日（ ） 時～ 時まで
	第三希望	平成	年	月	日（ ） 時～ 時まで
対象者・人数					
会場					
担当者					
連絡先					
E-mail					
備考					

※地域出前講座実施期間：平成29年4月3日～平成30年2月28日

この申込書のみFAX（送信票は不要）してください。

FAX番号：0980-54-0707