

神戸山手大学

「高大連携講座」申込書

講座No./タイトル			
派遣希望担当者名			
希望日時	第一希望	月 日 () : ~ : (分間)	
	第二希望	月 日 () : ~ : (分間)	
開催場所			
受講者数	1年 () 名、2年 () 名、3年 () 名、保護者他 () 名		
高等学校名等			
ご担当者様	所属・役職名		
	ご芳名		
ご連絡先	〒 —		
	TEL : () —		
	FAX : () —		
E-mail :			
通信欄		
		
		
		

※講座開催にあたり、
ご要望や連絡・留意
事項などがあれば
ご記入ください。

<申込方法> 本学・入学センターまでFAXまたはお電話でお申し込みください。

FAX : 078-351-7172

電話 : 078-341-1615