

FAX 04-7173-3585

麗澤大学 「出張講義」申込書

貴校名	高等学校		
ご担当者氏名			
ご連絡先	TEL () -	FAX () -	
	MAIL :		
実施対象	<input type="checkbox"/> 生徒	<input type="checkbox"/> 教職員	<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他
参加人数	約 () 名 () 学年		
ご希望日時	<u>第1希望</u>	<u>第2希望</u>	<u>第3希望</u>
	月 日 () : ~ :	月 日 () : ~ :	月 日 () : ~ :
ご希望の講義 可能な限り貴校 のご要望に沿っ て講義を検討い たします。	希望される系統やテーマについてお聞かせください。		
	講義に含めて欲しい要素がございましたらご記載ください。		
	出張講義実績一覧からご希望の講義がございましたらご記載ください。		

※本学教員の授業等の都合により、日時・テーマについてはご希望に添えない場合がございます。

詳細については、本学担当者よりご記入いただいた連絡先へご連絡いたします。

※講義実施の際は、本学Webサイト等で講義の様子や概要を公開させていただく予定です。

【お申し込み・お問い合わせ先】

麗澤大学 大学入試課

〒277-8686 千葉県柏市光ヶ丘2-1-1

TEL:04-7173-3500 FAX:04-7173-3585 MAIL:siryo@reitaku-u.ac.jp

担当:北隅(キタズミ)