

FAX 04-7173-3585

麗澤大学「大学見学会」申込書

貴校名	高等学校		
ご担当者氏名			
ご連絡先	TEL () -	FAX () -	
	MAIL :		
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 プログラム	プログラム例からのご希望があればご記載ください。		
可能な限り貴校 のご要望に沿っ て見学会を検討 いたします。			

※本学教員の授業等の都合により、日時・プログラム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。

【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)