

年 月 日

愛知淑徳大学 模擬授業(講師派遣)申込書

学校名	都 道 公 府 県 立 ・ 私立 高等学校
フリガナ	
担当者氏名	( 役職 )
TEL	
FAX	
希望日時	年 月 日( 曜日)
	講義時間 時 分 ~ 時 分 ----- 時 分 ~ 時 分 -----
	講義回数 回
当日集合時間・場所	
希望学部・分野	
対象学年	<input type="checkbox"/> 1年生 <input type="checkbox"/> 2年生 <input type="checkbox"/> 3年生
参加人数	<input type="checkbox"/> 確定( )人 <input type="checkbox"/> 未確定 ※人数確定時期( 月 日頃)
貴校で 使用可能な機材	<input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> 延長コード <input type="checkbox"/> 接続コード※( <input type="checkbox"/> RGB <input type="checkbox"/> HDMI ) ※Mac/iPad使用时には専用ケーブルを持参します。
アンケート	<input type="checkbox"/> 個人情報取得可 <input type="checkbox"/> 不可
資料送付先	<input type="checkbox"/> 貴校 (送付先名: ) <input type="checkbox"/> その他→希望送付先の記入をお願いします。
資料送付期日	年 月 日( 曜日) <input type="checkbox"/> 指定 <input type="checkbox"/> まで

※日程等の都合により、お受けできない場合があります。ご了承ください。