

授業宅配便・大学見学 申込 FAX 用紙

学 校 名	立 高等学校	
対 象 生 徒	科・コース 年 人	
担 当 者	担当者氏名	
	電話番号	
	e - mail	
依 頼 区 別	該当するところに○で囲んでください 授業宅配便 大学見学 その他	
実 施 希 望 日	授業宅配便	月 日 () 時 分 ~ 時 分
	大学見学	月 日 () 到着 時 分 出発 時 分
通 信 欄	希望する分野・テーマ名等を記入して下さい。	

送付先 FAX 0284-62-9122 足利大学教育連携センター
この用紙のみ送付ください