

送信方向

北星学園大学 社会連携課 障害児教育夏季セミナー係 行

FAX番号 011-896-8311
(送信面の裏表にご注意下さい)

第12回 北星学園大学障害児教育夏季セミナー
8月9日(火) 受講申込書

※文字は 楷書ではっきりとご記入ください。氏名・フリガナ・連絡先は必須です。
※複数名でのお申込みは、連名ではなく申込書を人数分コピーしてご使用ください。

お 申 込 日	2016 年	月	日
フ リ ガ ナ	(フリガナは必ずご記入ください)		
氏 名	(男 ・ 女)		
連 絡 先	TEL	-	-
	FAX	-	-
勤 務 先 (ご住所は不要です)	TEL	-	-
	FAX	-	-
職 名			

通 信 欄

.....

.....

.....

.....

申し込み締切 7月25日(月) 先着350名(定員に達し次第締め切ります)

※ご記入いただきました個人情報は、本セミナーを催行する目的以外には使用致しません。

事務処理欄	入力 /	受付No.
-------	------	-------