

高大ブリッジ講義(出張講義)申込書

申込日 年 月 日

送信枚数 /

高校名 _____
 連絡担当者名 _____
 TEL () - / FAX () - _____
 MALL @

第1希望 講義番号		講義担当教員名	
希望講義名	希望日時	第1希望	月 日 () 時間 : ~ :
		第2希望	月 日 () 時間 : ~ :
		第3希望	月 日 () 時間 : ~ :
受講生徒	学年 組 名		

第2希望 講義番号		講義担当教員名	
希望講義名	希望日時	第1希望	月 日 () 時間 : ~ :
		第2希望	月 日 () 時間 : ~ :
		第3希望	月 日 () 時間 : ~ :
受講生徒	学年 組 名		

第3希望 講義番号		講義担当教員名	
希望講義名	希望日時	第1希望	月 日 () 時間 : ~ :
		第2希望	月 日 () 時間 : ~ :
		第3希望	月 日 () 時間 : ~ :
受講生徒	学年 組 名		

使用機材(ご用意いただけるものを○で囲んでください):

<input type="checkbox"/> パソコン(パワーポイント)	<input type="checkbox"/> プロジェクター	<input type="checkbox"/> スクリーン	<input type="checkbox"/> スピーカー	<input type="checkbox"/> OHC
<input type="checkbox"/> 黒板	<input type="checkbox"/> ホワイトボード			

その他講義展開上の留意点:

講義上の希望事項:
