

大同大学長 殿

申込日：        年        月        日

模擬授業・出張授業申込書

学校名	高等学校				
所在地	〒				
所属名					
ご担当者名					
TEL					
FAX					
E-mail					
希望形態	<input type="checkbox"/> 学内模擬授業 <input type="checkbox"/> 出張授業 ※いずれかにチェックして下さい。				
対象学年	年				
受講予定人数	人				
希望日時	第1希望	(西暦)	年	月	日
		時	分	～	時 分
	第2希望	(西暦)	年	月	日
		時	分	～	時 分
希望授業No.					
希望授業テーマ					
備考 ※その他要望事項等 ご記入下さい。					

必要事項を記入のうえ、FAX, 電子メールまたは駐在員にお渡し下さい。  
大同大学 入試・広報室 TEL 052-612-6117 e-mail nyushi@daido-it.ac.jp

**FAX 送信先 052-612-0125**