

神戸山手大学  
神戸山手短期大学

## 「高大連携講座」申込書

講座No./タイトル			
派遣希望担当者名			
希望日時	第一希望	月 日 ( ) : ~ : ( 分間)	
	第二希望	月 日 ( ) : ~ : ( 分間)	
開催場所			
受講者数	1年 ( ) 名、2年 ( ) 名、3年 ( ) 名、保護者他 ( ) 名		
主催団体名 (高等学校名等)			
ご担当者様	所属・役職名		
	ご芳名		
ご連絡先	〒 -		
	TEL : ( ) -		
	FAX : ( ) -		
通信欄	E-mail :		
	※講座開催にあたり、ご要望や連絡・留意事項などがあればご記入ください。		

<申込方法> FAX (078-351-7173) またはお電話 (078-351-7171) でお申し込みください。