

青森大学出張講義申込書

申し込み日（西暦） 年 月 日

機 関 名 :

担当者名 :

電話番号 :

メールアドレス :

[1] 下記の講義を申し込みます

学部	学科	講義テーマ	講義担当者	受講人数	開催希望日時 (開始時間と終了時間を記入)	備考

[2] ご質問・ご要望等ご記入

返送先 青森大学 社会連携センター
〒030-0943 青森市幸畑 2-3-1
TEL 017-738-2001 FAX 017-738-0143