令和　　年　　月　　日

名桜大学地域連携機構　行

名桜大学公開講座受講申込書

名桜大学公開講座の受講を希望しますので申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 講 座 名 |  |
| ふりがな |  | 性別 | １．男　２．女（〇で囲む） |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| （常時、連絡がとれる番号をご記入ください。） |
| Ｅ-mail |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 備　　考 |  |

※申し込み人数によって開催できない場合もありますので、あらかじめご了承く　ださい。

※申込期間内に手続きをしてください。

※ご記入いただいた個人情報については、公開講座に関する案内以外には使用いたしません。

※ＦＡＸで上記センターまでお送りください。

 ＦＡＸ番号：０９８０－５４－０７０７