

シチズンシップ教育実践セミナー申込書

※太枠内をご記入ください

ふりがな				受講 No.
氏名				
自宅住所	〒		TEL	
			FAX	
勤務先	名称(ふりがな)	職 種	年 数	
			年目	
〒	TEL			
	FAX			
受講証等送り先 (どちらかにチェックを入れてください) ※不備等でチェックした先へ連絡する場合があります。				<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
<b style="color: red;">※緊急時連絡先 メールアドレス (ない方は日中連絡の取れる電話番号) をお間違いのないようご記入をお願いします。 (注) 0123456789 - (ハイフン) _ (アンダーバー) などわかるようにご記入ください。				
e-mail:				
白梅学園 との関係	1. 学校法人白梅学園 現教職員 、白梅学園大学・大学院・短期大学 在学生 (学籍番号 _____) 2. 白梅学園大学・大学院・短期大学 卒業生 西暦 _____ 年度卒業 (学科 _____) 3. 学校法人白梅学園 元教職員 4. その他/特になし _____			

学園周辺図

