**平成29年度医療分野ポルトガル語スペイン語講座**

**長久手キャンパス・聴講生用申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ | 生年月日　昭和　　年　　　月　　　日　平成　　　　　　（　　　歳） |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所　　〒　　　　　－ |
| 電話番号（自宅）　　〃　（携帯） | メールアドレス (PC) 〃 　　 (携帯) |
| 職業 | 最終学歴 |
| お申込みされる科目 |
| 語学講座 | 記号 | 科目名 | 基礎知識講座 | 記号 | 科目名 |
|  |  |  |  |
| 語学学習歴（語学名・どこで・どのくらい勉強したか）※ ポルトガル語・スペイン語以外の語学でも結構です。 |
| 本講座へのお申し込み理由（本講座への受講動機、また学んだことをどう活かしたいかなども含めて200字～300字程度でお書きください）　 |
| 本講座をどこでお知りになりましたか□本学ホームページ　□本講座ホームページ　□本講座Facebookページ　□職場　　□スペイン学科同窓会からの案内　□ポスター・ちらし　　□その他（　　　　　　　　　　　） |