**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（　　　　　　　　　　　） | | | | | | |