平成25年度医療分野ポルトガル語スペイン語講座サテライトキャンパス申込書

希望クラス　【サテライト講座】　□ ポルトガル語初級　□ スペイン語初級			
フリガナ 氏名		生年月日 昭和　年　月　日 （　歳）	
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	
語学学習歴（語学名・どこで・どのくらい勉強したか） 例：スペイン語を大学で4年間　※ 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 （本講座で学んだことをどう活かすかも含めて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　□ちらし　□職場　□友人 □その他（　）			