**平成26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】　　　□ ポルトガル語中級　　　　　□ スペイン語中級 |
| フリガナ | 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　（　　　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 |
| 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　　□職場　　□スペイン学科同窓会からの案内□その他（　　 　　　　　　　　　） |