

記入日： 20 年 月 日

貴校名			
お申込単位	学科名／部活名等		
ご担当者名			
連絡先	〒	-	TEL: - -
希望日	第1希望 月 日 ( ) ( : ~ : )	第2希望 月 日 ( ) ( : ~ : )	第3希望 月 日 ( ) ( : ~ : )
希望講座			
受講予定人数	約 人 (内訳：1年生 人・2年生 人・3年生 人)		
目的	※該当する項目を○で囲んでください 授業(授業名: ) ・ 部活動 ・ その他 ( )		
希望会場	※ご希望の開催場所を○で囲んでください 貴校内 ( 教室 ) ・ トライデントデザイン専門学校 ・ その他 ( )		
お問合せ			

【お申込受付】 学校法人河合塾学園 トライデント デザイン専門学校  
〒450-0002 名古屋市中村区名駅 4-1-11  
TEL : 0120-760-426 受付時間 9:00~18:00 (月~金)  
FAX : 052-582-1773

- 【諸連絡】
- ・ FAX でのお申込後、こちらから折り返しご連絡をさせていただきます。
  - ・ 講師のスケジュール調整の関係上、全てのご希望に添えない場合もございます。何卒ご了承ください。

まずは、お気軽にお問合せください。