

記入日： 年 月 日

貴校名			
お申込単位	学科名/部活名など		
ご担当者名			
連絡先	〒 _____		
ご希望日時	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 (1年生 _____ 人、2年生 _____ 人、3年生 _____ 人)		
準備可能な機材	パソコン	プロジェクター&スクリーン	インターネット接続環境
目的	授業 部活 その他 ()		
希望会場	貴校内 () セムイ学園		
(お問合わせ)			

FAXまたはメールにてお申し込み後、こちらから折り返しご連絡させていただきます。
実施日の日程や形態について、ご相談の上対応いたします。



052-561-7887



info@tokai-md.ac.jp

ご不明な点がございましたら、お気軽にお問合わせください。

【お問合わせ先】 学校法人 セムイ学園 営業部
〒450-0003 名古屋市中村区名駅南2丁目7番2号
電話 (052) 561-8001
※ 受付時間：月～金 AM 9:00～PM 5:45



学校法人 セムイ学園

SEMUI Learning Institute Since 1976