

講演会・説明会の依頼

西暦 年 月 日

〒160-0023

東京都新宿区西新宿7-14-7

TEL 03-5331-7581

Fax 03-5331-7582

河合塾コスモ東京校 宛

【お申込者について】

申込日	年 月 日
貴校名	
ご担当者名	携帯：
連絡先	住所：〒 TEL： FAX： E-mail：

【講演会・説明会内容について】

希望日時	第1希望：西暦 年 月 日
	第2希望：西暦 年 月 日
	第3希望：西暦 年 月 日
開催場所	会場名： TEL： 会場住所： 最寄りの駅：
目的・内容 ※詳細は打合せをさせていただきますので大まかな内容をお教えてください。	
対象者と予定人数	