

# [中国語講座]

## 受講申込書

上海中医薬大学附属日本校行  
FAX : 06-6362-1505

氏名 (フリガナ)	( )
住所	(〒 )
電話番号	
携帯電話	
FAX 番号	
E-mail	
職業	

下記にご希望の箇所及びご希望日・時間帯に✓を入れて下さい。

	初級	中級	上級
平日昼間クラス			
平日夜間クラス			

受講希望日 :            月            日 (            )

時            間 :

平日昼間クラス             10時～12時

15時～17時

平日夜間クラス            18時～20時

連絡事項