

恐れ入りますが、
下記にご記入の上、使用申請書と合わせて本様
式もご送付願います。
なお、本学卒業生であるなしは、サテライト使用
に影響しませんので、申し添えます。

記

本学在籍時の学籍番号（わからない場合はおおよその卒業・修了年度）をご記入ください。
本学卒業・修了生でない場合は、その旨ご記入ねがいます。

FAX : 025-521-3621

e-mail:kensien@juen.ac.jp

受付日 年 月 日
受付番号 _____

上越教育大学サテライト使用申請書

年 月 日

上越教育大学長 殿

申請者

氏 名 _____

所 属 等 _____

〒

連絡先住所 _____

電話番号 _____

F A X _____

E-mail _____

下記のとおり、^{大宮}サテライトを使用したいので許可願います。
_{新潟}

なお、使用に際しては、「上越教育大学サテライト使用心得」を遵守します。

記

使用日時	年 月 日 () : ~ : 年 月 日 () : ~ : 年 月 日 () : ~ :
使用目的	
使用人数	人 (使用者名簿は別添のとおり)
使用機器等	
備考	

