

年 月 日

公益財団法人 京都服飾文化研究財団

理事長 塚本能交殿

大学名

学長名等

印

平成 年度博物館実習の依頼について

標記の件、本学学生の博物館実習を下記により希望いたしますので、承諾願います。

記

1. 博物館実習希望者

	氏名	性別	学部	学科	学年	備考
1						
2						
3						
4						
5						

2. 担当者（連絡先）

住所（〒 ）

TEL/ FAX

E-mail

担当者氏名

職名

以上