【平成30年度】 マルチリンガル・エキスパート養成プログラム（MLE）

**Academic English Support Desk**

**歯学研究科・歯学部・歯学部附属病院対象オープンセミナー**

**受講申請書**

**・氏名（和文）：**

**（英文）：**

**・学籍番号（※教職員の場合は不要）：**

**・所属研究科・学部／学年（和文）：**

**（英文）：**

**・現在のスコア：　TOEIC（　　　 ）／　TOEFL（　 　　　）／　IELTS（　　　　） ／ その他（　　　　）**

**・連絡先（TEL） ：**

**（Email）：**

**・受講希望日時：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Schedule** | **Topic** | **Attendance** |
| **Lesson 1**  Sept 18 (Tue) | **Structure** |  |
| **Lesson 2**  Sept 19 (Wed) | **Opening & Closing** |  |
| **Lesson 3**  Sept 20 (Thu) | **Dealing with questions** |  |

※希望受講回の空欄に〇をつけてください。

**【提出先】**

言語文化研究科・外国語学部事務室　　マルチリンガル・エキスパート養成プログラム（MLE）

Email: [multilingual@lang.osaka-u.ac.jp](mailto:multilingual@lang.osaka-u.ac.jp)