送信先　九州看護福祉大学　入試広報課

FAX　０９６８－７５－１８１１

出前講義申込書

　申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 高等学校名 | |  | | | | | | | | | | | 高等学校 | | | |  |
| ご担当者名 | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ＦＡＸ |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| E-mail |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 開催予定日時 | | 令　和 | |  | | 年 |  | 月 |  | 日 | | （ | |  | | ） |  |
|  | 時 | |  | | 分 | ～ |  | 時 |  | | | | 分 | |  |
| 講義コマ数 | | | | | （　　　）分 | | × | （　　　）回 | | | | |  | |  |
| 受講する生徒の  学年・人数 | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 受講希望学科 | | □看護学科 　□社会福祉学科　　□リハビリテーション学科  □鍼灸スポーツ学科　　□口腔保健学科　　□基礎・教養教育研究センター | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 確認欄 | | 御校でご用意いただける機材にチェックをお願いします  □プロジェクター　　□パソコン　　□スクリーン  □接続ケーブル　　□その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 講義（テーマ）内容  ※ご希望の内容（テーマ）などございましたらご記入ください | | (例：資格や仕事の内容、各学科の分野、大学の学びについてなど) | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 備　　　　　考  ※ご質問などございましたらご記入ください | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |

※お申し込みありがとうございました。本学担当者より改めてご連絡させていただきます。