

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 | <input type="checkbox"/> 看護学科 <input type="checkbox"/> 社会福祉学科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション学科 <input type="checkbox"/> 鍼灸スポーツ学科 <input type="checkbox"/> 口腔保健学科 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> 接続ケーブル <input type="checkbox"/> 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。