

内容をご確認の上、FAXをご返信ください。 FAX：0743-63-6211

表題の件、下記内容にて登録いたします。

◆天理大学 看護出張講義・臨床検査体験実習 申し込み書

令和 年 月 日

学校名	ふりがな		印	
代表者名	ふりがな			
所在地	〒			
ご担当者	ふりがな お名前			
ご連絡先	TEL		FAX	
メールアドレス	@			
希望される学科	☐ 看護出張講義 ☐ 臨床検査体験実習			
希望される実習形態	☐ 本学来訪 ☐ 貴校訪問			
実習受講対象者概要				名
希望日	第一候補： 年 月 日 時 ～ 時頃 第二候補： 年 月 日 時 ～ 時頃 第三候補： 年 月 日 時 ～ 時頃			
通信欄	<u>※看護学科を希望される際は、希望講義テーマを記載ください。</u>			

体験実習希望日は申し込みの日付から2カ月後を目安にご記入ください。
ご記入いただけましたら、本登録書をFAXにて本学までご送付ください。

天理大学 医療学部 TEL 0743-63-7811 FX 0743-63-6211
〒632-0018 奈良県天理市別所町80-1 天理大学別所キャンパス内
担当：看護学科主任 江南、臨床検査学科主任 畑中 宛