出張講座実施依頼書

年　　月　　日

天理大学医療学部看護学科

学科主任　江南　宣子

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学 校 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

下記のとおり、出張講座の実施を依頼します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ 希望テーマ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第１希望 | | | №（　　　　）　テーマ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第２希望 | | | №（　　　　）　テーマ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第３希望 | | | №（　　　　）　テーマ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ 希望日時 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第１希望 | | | 年　　月　　日（　）　　　　時　　分～　　時　　分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第２希望 | | | 年　　月　　日（　）　　　　時　　分～　　時　　分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第３希望 | | | 年　　月　　日（　）　　　　時　　分～　　時　　分 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３ 開催方法 | | | | | | | 対面　　　・　　　オンライン　　　・　　　どちらでも | | | | | | | | | | | |
| ４ 実施目的  (進路指導等で複数の大学が参加する場合は、参加大学数及び本学の担当分野を記入してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５ 対象生徒の学年及び人数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １年 | 人 | | | ２年 | | 人 | | ３年 | 人 | | | ４年 | | 人 | | 合 計 | | 人 |
| ６ 入試説明の実施希望 | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | |
| ７ その他の希望事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当者 所属 氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 電　話 | |  | | | | | | | ＦＡＸ | |  | | | | | | | |
| Eメール | |  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
| 住　所 | |  | | | | | | | | | | | 郵便番号 | |  | | | |
| 最寄り駅 | | |  | | | | | | | 最寄り駅からの距離 | | | | | | | ｋｍ | |