|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 日 |

昭和大学長津田校舎事務課　行

FAX：045-985-6503

保健医療学部出張授業　申込用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **開催希望日・時間**希望日をご記入ください。調整いたします。（時間は50～90分を基本単位でお願いします）2クール以上の場合は2行に分けて記載ください。 | 第1希望 | 西暦　　　　年　　月　　日　（　　）：　　～　　：　　（　　分） |
| 第2希望 | 西暦　　　　年　　月　　日　（　　）：　　～　　：　　（　　分） |
| 第3希望 | 西暦　　　　年　　月　　日　（　　）：　　～　　：　　（　　分） |
| **希望講座が決まっていたら①を、決まっていない場合は②-1・2を記載してください。** |
| **①希望講座タイトル名** |  |
| **②－１希望分野**（複数選択可）その他の場合は希望講義内容にご記載ください。 | □看護学　□理学療法学　□作業療法学　□リハビリ　□医療衛生学　□助産学　□学校説明　□その他 |
| **②－２希望講義内容**自由記載 |  |
| **対象学年**選択してください。 | □1年　□2年　□3年　□　年～　年 |
| **対象人数**選択してください。 | * 名　　　　□　未定
 |
| **当日準備品**用意可能なものにチェックしてください。 | □プロジェクター　□スクリーン□RGBケーブル　□HDMIケーブル |

|  |  |
| --- | --- |
| **貴校名** |  |
| **担当者名**先生のお名前をお願いします。 |  |
| **住所** | 〒 |
| **TEL** |  |
| **FAX** |  |
| **Mail** |  |
| **その他ご要望があればご記入ください。** |  |