

(別紙)

FAX 096 - 245 - 3126

熊本保健科学大学 入試・広報課 行

## 「出前授業」申込書

お手数おかけいたしますが、こちらの様式にてお申し込みいただければ幸いです。

宜しく願い申し上げます。

令和 年 月 日

高校名	県立・市立・私立 高等学校		
担当者氏名			
E-mail	@		
住所	〒 -		
T E L		F A X	
希望日時	令和 年 月 日 ( ) 時間 ( 時 分 ~ 時 分 ) 授業時間 分		
対象学年 (人数)	1年生 ( 人 )	2年生 ( 人 )	3年生 ( 人 )
希望学科 ※希望の項目にチェックを付けて下さい	<input type="checkbox"/> 医学検査学科 (例: 臨床検査技師とは) <input type="checkbox"/> 看護学科 (例: 看護師とは) <input type="checkbox"/> リハビリテーション学科・理学療法学専攻 (例: 理学療法士とは) <input type="checkbox"/> リハビリテーション学科・生活機能療法学専攻 (例: 作業療法士とは) <input type="checkbox"/> リハビリテーション学科・言語聴覚学専攻 (例: 言語聴覚士とは)		
確認欄 ※該当する項目に○を付けて下さい	パソコン・プロジェクター・スクリーンをお借りできますか? (はい・いいえ)		
	アンケート (任意) を実施してもよろしいですか? (はい・いいえ)		
	本学の大学案内等を配布してもよろしいですか? (はい・いいえ)		
テーマ (内容)	テーマ (内容) に関してご要望等がありましたら、ご記入ください。		
通信欄	ご質問等がありましたら、ご記入ください。		