

出張講義申込書

		申込日	令和	年	月	日
高等学校名						
所在地	〒					
ご担当者 部署・氏名	部署:					
	氏名:					
連絡先	【TEL】			【FAX】		
E-mail ※必ずご記入下さい						
希望日時	令和 年 月 日 (曜日)					
	時 分 ~ 時 分					
対象学年	年生		人数	約 人		
希望講義	【第1希望】					
	講義テーマ: 講師氏名:					
希望講義	【第2希望】					
	講義テーマ: 講師氏名:					
集合時間	時 分		集合場所			
機材準備の可否	スクリーン・プロジェクター・その他() ※貴校で準備可能な機材に○を付して下さい。					
その他	大学パンフレット等の配布 (可 ・ 不可)					
特記事項						

※申込書にご記入後、教務学生課宛にFAX又はmail(件名を「出張講義依頼」として申込書添付)して下さい。
※FAX(mail)受領後、打合せのため、ご担当者へ連絡いたします。
※実施場所は原則、四国内(高知・愛媛・香川・徳島)とさせていただきます。
※本学の講義・行事等の都合上、ご希望に添えない場合もございますので、あらかじめご了承下さい。

送信先: 高知リハビリテーション専門職大学 教務学生課

【FAX】 088-850-2313

【E-mail】 kochi-reha@kochi-reha.ac.jp