

## 出張講義申込書

|                     |                                                    |       |     |   |   |
|---------------------|----------------------------------------------------|-------|-----|---|---|
|                     | 申込日                                                | 令和    | 年   | 月 | 日 |
| 団体・企業名              |                                                    |       |     |   |   |
| 所在地                 |                                                    |       |     |   |   |
| ご担当者                | 部署:                                                |       |     |   |   |
| 部署・氏名               | 氏名:                                                |       |     |   |   |
| 連絡先                 | 【TEL】                                              | 【FAX】 |     |   |   |
| E-mail<br>※必ずご記入下さい |                                                    |       |     |   |   |
| 開催目的                |                                                    |       |     |   |   |
| 希望日時                | 令和 年 月 日 (曜日)                                      |       |     |   |   |
|                     | 時 分 ~ 時 分                                          |       |     |   |   |
| 対象職種                |                                                    | 人数    | 約 人 |   |   |
| 希望講義                | 【第1希望】<br>講義テーマ:<br>講師氏名:                          |       |     |   |   |
|                     | 【第2希望】<br>講義テーマ:<br>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( )<br>※貴団体(企業)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)してください。  
※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、高知県内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 学生課  
【FAX】 088-850-2313  
【E-mail】 kochi-reha@kochi-reha.ac.jp