

高知リハビリテーション専門職大学  
学生課 宛

(高校用)

## 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:				
部署・氏名	氏名:				
連絡先	【TEL】	【FAX】			
E-mail ※必ずご記入ください					
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:				
	【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○を付してください。				
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」として申込書を添付)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、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、あらかじめご了承ください。

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