

**平成医療短期大学 見学会申込書(記入例)**

	申込日(送信日)	2024 年 11月 20日
学校名	平成 高等学校	
住所	〒501-1131 岐阜県岐阜市黒野180番地	
ご担当の先生のお名前	ふりがな へいせい たろう	
	平成 太郎	先生
電話・FAX番号	電話 058-234-3324	FAX 058-234-7333
E・MAILアドレス	<a href="mailto:n.kouhou@heisei-iryuu.ac.jp">n.kouhou@heisei-iryuu.ac.jp</a>	

第1希望	2024 年 12 月 2 日 (月)	13 時 ~ 16 時
第2希望	年 月 日 ( )	時 ~ 時
参加予定人数 ※未定の場合はおよその人数をご記入ください。	総数( )名 <input type="checkbox"/> 1年生( )名 <input checked="" type="checkbox"/> 2年生( 40 )名 <input type="checkbox"/> 3年生( )名 <input checked="" type="checkbox"/> 教 員( 2 )名 <input checked="" type="checkbox"/> その他( 若干)名 ※保護者等	
利用する交通手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関等(電車・バス・自転車) <input checked="" type="checkbox"/> バス(貸切) <input type="checkbox"/> その他	
希望する内容	<input checked="" type="checkbox"/> 学科専攻の紹介 <input checked="" type="checkbox"/> 模擬講義 <input checked="" type="checkbox"/> 体験学習 <input checked="" type="checkbox"/> 病院見学 <input type="checkbox"/> その他	
昼食(学食利用)	<input type="checkbox"/> 利用する <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない	
その他ご要望や質問 などがあればこちらにご記入ください。	本学スクールバスで訪校します。 医療系の進路志望者40名、看護20名と理学療法10名、作業療法5名、視機能療法5名に分かれて模擬授業と体験学習をお願いいたします。 保護者同伴の学生が若干名おります。	

事務局処理欄 ※記入不要

受信日	年 月 日	連絡(確認)日	年 月 日
・以下の事項を必ず確認する  <input type="checkbox"/> 高校車両利用 <input type="checkbox"/> 車種( 大型・中型・マイクロ ) <input type="checkbox"/> 駐車( あり ・ なし ・ 乗降のみ )			
受入確認	可 ・ 否	連絡(確認)日	年 月 日

平成医療短期大学 入試広報課 FAX(058-234-7333)又はメール(n.kouhou@heisei-iryuu.ac.jp)により送信いただきますようお願いいたします。