

## 平成医療短期大学 見学会申込書

	申込日(送信日)	年 月 日
学校名	高等学校	
住所	〒	
ご担当の先生のお名前	ふりがな	先生
電話・FAX番号	電話	FAX
E・MAILアドレス		

第1希望	年 月 日 ( )	時 ~ 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 type="checkbox"/> 2年生( )名 <input type="checkbox"/> 3年生( )名 <input type="checkbox"/> 教員( )名 <input type="checkbox"/> その他( )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 type="checkbox"/> バス(貸切) <input type="checkbox"/> その他	
希望する内容	<input type="checkbox"/> 学科専攻の紹介 <input type="checkbox"/> 模擬講義 <input type="checkbox"/> 体験学習 <input 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 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。		

**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。