

出張講義申込書

愛知医科大学看護学部事務部学生支援課 行

FAX : (0561) 61-1815

		お申込日		年 月 日	
高等学校名	高等学校				
ご担当者 職・氏名					
ご連絡先	住所	〒 -			
	TEL	() -	FAX	() -	
	E-mail				
希望日時	第1	年 月 日 ()	:	~	:
	第2	年 月 日 ()	:	~	:
	第3	年 月 日 ()	:	~	:
希望テーマ (○を付けてください)		大学で看護学を学ぶこと			
		身近な人が病にかかった時の支え方			
		専門職としての看護の魅力			
開催場所					
駐車場の有無	有 無				
対象学生	学年	年生	人数	名	
開催場所の 使用可能設備	プロジェクター	可 不可	備考		
	スクリーン	可 不可			
	パソコン	可 不可			
要望事項等	(講師への要望や講義実施に当たっての注意事項等がございましたら、ご記入ください。)				
アンケート	本企画にお申込みいただいた理由について、該当する項目にレ点を付けてください。 ☐ 過去にも出張講義を行い、学生から好評だったため。 ☐ 申込者以外の、別の教員から依頼があったため。 ☐ 学生から依頼があったため。 ☐ 看護職を目指している学生がいるため。 ☐ その他 ()				

◇お問い合わせ先

愛知医科大学看護学部事務部学生支援課

T E L : (0561) 61-5412 [直通] F A X : (0561) 61-1815

E-mail : knyushi@aichi-med-u.ac.jp