

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	第1		
	第2		
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。)		

◇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