国際医療福祉大学　入試広報室

※コピーしてお使いください。

年　　月　　日

☐ 大田原キャンパス　行　　FAX 0287-24-3196
☐ 成田キャンパス　　行　　FAX 0476-20-7702
☐ 東京赤坂キャンパス 行　　FAX 03-5574-3827
☐ 小田原キャンパス　行　　FAX 0465-21-6501

※出張講義をご希望のキャンパスに☑してFAXにてお申し込みください。

国際医療福祉大学 出張講義申込書

■ 希望日時　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日＿＿＿＿曜日

＿＿＿：＿＿＿～＿＿＿：＿＿＿（集合時間 ＿＿＿：＿＿＿ ）

■ 対 象 者　☐ 3年生　☐ 2年生　☐ 1年生　☐ 保護者　☐その他（　　）

■ 参加人数　約 ＿＿＿＿＿＿ 人

■ 講義回数　＿＿＿＿＿＿ 回

■ 講義時間　＿＿＿＿＿＿ 分（1回あたり）

■ 希望講義（P.2～4の学科・講義タイトルまたはP.5の入門講座の中から選び、第3希望までご記入ください）

○ 入門講座・学科・講義タイトル

［第1希望］＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

［第2希望］＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

［第3希望］＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○ その他（ご要望など）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■ 貴校の備品（準備可能 なものに☑してください）

☐ パソコン　☐ プロジェクター　☐ スクリーン　☐ モニター　☐ スピーカー
☐ プロジェクター接続ケーブル（　RGBのみ対応 ・ HDMIのみ対応 ・ どちらも対応可　）
☐ レーザーポインター

■ 貴 校 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■ ご担当者名 / 役職　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ／ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■ 所 在 地　〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■ TEL / FAX　TEL ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ／ FAX ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■ E-mail　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※ 実施希望日直前のお申し込みの場合、ご希望に添えない可能性がございます。**1～2か月前**にお申し込みください。
※ 日時の調整をお願いする場合がございますので何卒ご了承ください。
※ ご希望の内容などがわかる資料などがございましたら、あわせてお送りください。
※ 講師謝礼金、交通費、手土産などは **一切お断り** しております。
※ ご不明な点がございましたら、出張講義をご希望のキャンパスまでお問い合わせください。

医療福祉の多彩なエキスパートを育てる。
国際医療福祉大学