

申込日 年 月 日

岐阜医療科学大学 行（返信先FAX：0575-23-0884）

『出前講義』申込書

貴高等学校名	高等学校		
ご担当者氏名			
ご連絡先	TEL: () FAX: () メールアドレス:		
実施対象	<input type="checkbox"/> 生徒対象	<input type="checkbox"/> 教職員対象	<input type="checkbox"/> 保護者対象
参加人数	合計 () 名 1年生 () 名 2年生 () 名 3年生 () 名	※学年は生徒対象の場合のみご記入ください	
実施形態	<input type="checkbox"/> 学校行事として <input type="checkbox"/> 授業の一環として <input type="checkbox"/> 研修として <input type="checkbox"/> その他 ()		
ご希望日時	第1希望 月 日 () : ~ :	第2希望 月 日 () : ~ :	第3希望 月 日 () : ~ :
講座No.	講座名	講師	
プロジェクト	あり・なし	駐車場	あり・なし
スクリーン	あり・なし	資料の事前配布	可・不可
質問・希望など ●上記以外で模擬講義や分野別ガイダンスなどのご希望がありましたらご記入ください。			

※お申込書を確認後、1週間以内に本学より一度ご連絡を差し上げます。

【問い合わせ先】 岐阜医療科学大学 入試広報課 受付時間：平日9：00～17：00
TEL 0575-22-9401（代）／E-mail:gumsk@u-gifu-ms.ac.jp