**FAX送信先　0186－43－6711**

秋田看護福祉大学　学務課入試係　行

「平成30年度　出張授業」FAX申込書

■高校名、ご担当者名、ご連絡先をご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 高校名 | 高等学校 |
| 担当者所属・役職ご氏名 | 所属・役職 |
| 氏名（フリガナ） |
| ご連絡先 | ご住所℡（　　　）　　－　　　　　　fax（　　　）　　－ |

■希望授業についてご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望学科 |  |
| 担当教員 |  |
| テーマ | 『　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　』（授業内容に希望がありましたらご記入下さい） |
| 対象学年（人数） | 　　　　　　　　学年（　　　　　人） |
| 希望日時 | 第１希望　　　月　　　日（　　　）　　時　　分～　　時　　分第２希望　　　月　　　日（　　　）　　時　　分～　　時　　分 |