**FAX：0944-89-2001**

**キャンパス見学・出前講義担当**

**国際医療福祉大学 九州地区入試事務室　井上 行**

**『キャンパス見学・出前講義』申込書**

　　　　年　　　月 　　日（　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | |
| 学校長氏名 |  | | |
| 担当者氏名 |  | | |
| 所 在 地 | 〒　　　　　　－ | | |
| 電話番号 | －　　　　　－ | ＦＡＸ | －　　　　　－ |
| 希望日時 | 年　　　月　　　日（　　　曜）  　　　　　　　時　　　分　～　　　時　　　分　（講義時間　　　　　分） | | |
| 対象者数  （予定） | 高校１年生　　名、２年生　　名、３年生　　名　　　　　　計　　　　　　名 | | |
| 希望形式 | ご希望の形式に✔をお付けください。  □ キャンパス見学　（貴校が本校へ来校し、模擬授業・教室見学等を体験）  □ 出　前　講　義　（本校教職員が貴校へ出向き、講義等を行う） | | |
| 希望の  キャンパス | キャンパス見学をご希望の場合は、該当するキャンパスに✔をお付けください。  □ 大川キャンパス（福岡保健医療学部）　　　□ 福岡キャンパス（福岡看護学部） | | |
| 関心のある学科 | 関心のある学科に✔をお付けください。（複数回答可）  □理学療法士　　□作業療法士　　□言語聴覚士　　□臨床検査技師　　□薬剤師  □看護師　　　　□保健師 | | |
| ご要望等 | ＜ご自由にお書きください＞ | | |