

## 宮崎医療福祉専門学校 出張講座申込書

各項目にご記入の上、宮崎医療福祉専門学校企画広報部へ **FAX：0983-43-3015** まで、この用紙をそのままFAX若しくはメールにてお送りください。

|  |  |  |    |   |                   |       |                      |  |
|--|--|--|----|---|-------------------|-------|----------------------|--|
| 申込者氏名  | ふりがな   |  |    | 実施担当者氏名<br><small>※申込者と同一の場合は記入の必要はありません。</small> |                   | ふりがな  |                      |  |
|  |  |  |    |   |                   |       |                      |  |
| 学校名  | 県  |  |    |   |                   |       | 高等学校                 |  |
|  | 立私   |  |    |   |                   |       |                      |  |
| 連絡先<br><small>※実施担当者の方の連絡先をご記入ください。</small>  | 住所   |  | 〒  |   |                   |       |                      |  |
|  |  | 宮崎   | 県  |   |                   |       |                      |  |
|  | TEL  | (       )       -                            |    | FAX   | (       )       - |       |                      |  |
|  | E-mail   | @  |    |   |                   |       |                      |  |
|  | HP   | <a href="http://">http://</a>                |    |   |                   |       |                      |  |
| 希望日時   | 第1希望   | 平成   | 年  | 月   | 日                 | (   ) | 限目 (   :   ~   :   ) |  |
|  | 第2希望   | 平成   | 年  | 月   | 日                 | (   ) | 限目 (   :   ~   :   ) |  |
|  | 第3希望   | 平成   | 年  | 月   | 日                 | (   ) | 限目 (   :   ~   :   ) |  |
| 希望講座   | 第1希望   | 講座番号：  |    |   |                   | 講座名：  |                      |  |
|  | 第2希望   | 講座番号：  |    |   |                   | 講座名：  |                      |  |
|  | 第3希望   | 講座番号：  |    |   |                   | 講座名：  |                      |  |
| 受講者情報  | 受講人数   | 学年：       年       人 (男子：       人・女子       人) |    |   |                   |       |                      |  |
|  | 学科名  | 普通   | 総合 | 商業  | 工業                | 農業    | その他 (       ) 科      |  |
| 確認欄<br><small>※各項目の該当する項目に○印を付けて下さい。</small> | これまでに宮崎医療福祉専門学校の出張講座を利用されたことはありますか？<br>(はい ・ いいえ)                                  |  |    |   |                   |       |                      |  |
|  | ご用意頂ける機材備品はありますか？<br>(液晶プロジェクター ・ スクリーン ・ パソコン [       ] 台 ・ DVDプレーヤー)<br>(用意できない) |  |    |   |                   |       |                      |  |
|  | 予定されている実施場所はどこですか？<br>(一般教室 ・ 視聴覚教室 ・ 情報教室 ・ 体育館 ・ その他 [       ] )                 |  |    |   |                   |       |                      |  |
| 質問その他  |  |  |    |   |                   |       |                      |  |

※お申し込み頂いた後、担当者よりご連絡いたします。  
 ※希望された講義内容及び日時がご希望に添えない場合や実施場所の変更などお願いする場合がありますのでご了承ください。

〈お申し込み・お問い合わせ先〉



宮崎医療福祉専門学校 企画広報部  
 〒881-0004 西都市清水1000番地  
 TEL0983-42-1010 FAX0983-43-3015  
 E-mail saito@miyaisen.ac.jp

お申し込みありがとうございました。