令和　　年　　月　　日

大 学 見 学 申 込 書

宛先：事務局 入試・広報課　FAX：018-829-3030

|  |  |
| --- | --- |
| 団体（学校）名 |  |
| 見学希望日時 | 第一希望 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　：　　　～　　　：　　 |
| 第二希望 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　：　　　～　　　：　　 |
| 見学希望の学科 | □看護学部看護学科（大学） 両方とも希望される場合は□介護福祉学科（短期大学部） 両方チェックを入れてください |
| 見学者予定人数 | 生徒　　　　　　　年生　　　　　　　名，引率者　　　　　名，合計　　　　　　名 |
| 来学される方法 | □貸切バス　　　　台（大型・中型・マイクロ）　　□公共交通機関□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 見学の目的 | ※計画表等がございましたらコピーを1部添付願います。 |
| 見学内容の希望 | キャンパス内の見学：希望する（約60分程度かかります）・ 希望しない入試に関する説明：希望する　・ 希望しない学部・学科の説明：希望する　・ 希望しない模擬授業体験：可能であれば希望する（１コマ　　　分程度）・ 希望しないその他： 学生食堂利用希望の有無（　有　・　無　）利用者人数：　　　　　　　名　　 |
| 責任者名担当者名 | 責任者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（役職　　　　　　 　　 　　）担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（役職　　　　　　　　　　 　）所在地〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　FAX　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 　E-mail：　　 　　　　　　　　　 　　　見学当日の緊急連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 |
| その他のご要望／特記事項等 |  |

日本赤十字東北看護大学・日本赤十字東北看護大学介護福祉短期大学部