**○青森県立保健大学　出張講義申込書**（受付番号　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 |  令和　 　年　　　月 日（ ） |
| 学校名 | 学校　 |
| 御担当者連絡先 | 所属 | 氏名 |
| 電話番号： |
| E-mail:※メールでご連絡いたしますので、確実に連絡が取れるメールアドレスをご記載ください。 |
| 　〒※資料の送付先となります。 |
| 希望日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　）　　　：　　　　～　　　：　　　　（集合時間　　　：　　　）（１コマ　　　分　　　コマ希望）※集合時間も必ず記載ください。 |
| 受講対象者 |  　学年 名※10名以上での申し込みとなります。※申込時に人数が不確定の場合、実施日の2週間前までに確定人数をご連絡いただきます。　確定時に9名以下の場合は、オンライン対応とさせていただきます。 |
| 併願する企画※□に✔チェック | □　学科紹介 | □　大学院紹介 |
| ※☑があるものについては、講義の冒頭若しくは末尾15～30分で実施します。 |
| 希望する学科※□に✔チェック | □　看護学科 | □　理学療法学科 |
| □　社会福祉学科 | □　栄養学科 |
| 希望する内容等※詳細に記載ください |  |
| オンライン実施の可否※○で囲む。 | 　可　・　不可 ※青森県外の学校はオンライン形式のみとなります「可」を選択した場合は、次のうち利用可能なシステムを〇で囲んでください。　Zoom ・　Webex　 |
| 準備可能な機器※○で囲む。 | パソコン　・　プロジェクター　・　スクリーン　・　インターネット環境 |
| 備考 |  |

**○留意事項**

（１）申込は**実施を希望する日より２ヵ月前までとなります。**

（２）受講対象者**10名以上での申し込み**となります。

（３）青森県外での実施は、**オンラインでの対応のみとなります**。

（４）委託された業者が申し込む場合は、備考欄に会社名を明記してください。

（５）謝金、交通費の支給は不要です。

（申込先）　青森県立保健大学　教務学生課

E-mail： gakubo@ms.auhw.ac.jp

TEL：　０１７-７６５-２１４４