

○青森県立保健大学「大学見学」申込書

| | | |
|---------|---|-------|
| 申込日 | 年 月 日 () | |
| 学校名 | 中学校・高等学校 所属長印 | |
| 今後の連絡先等 | (所属) | (担当者) |
| | TEL: | |
| | FAX: | |
| | E-mail: | |
| | 〒 | |
| 希望日時 | 年 月 日 () ※土日祝を除く。 : ~ : まで ※集合時間も明記してください。 | |
| 来校対象者 | 学年 名 ※希望者を募る場合は、後日連絡をお願いします。 | |
| 目的 | | |

| | |
|-------------------|---|
| ○希望する内容に丸をしてください。 | |
| 内容 (複数回答可) | 1. 学部学科の説明 2. 施設見学 3. 入試の説明 4. 授業見学 5. 学生の入試合格体験談や学校生活についての説明 6. その他 () |
| 昼食について | 1. 学食を利用する 2. 学食を利用しない ※学食を利用する場合は、混雑を避けるため 11:50~12:40 以外の時間帯でご利用していただきます。昼食をご持参の上、座席のみのご利用も可能です。 見学時期によっては、学食を利用できない場合もございます。 |
| 交通手段 | 1. バス () 台 () 人乗り 2. 現地集合 |
| 備考 | |
| 大学記載欄 | |

○留意事項

- (1) 実施要項等を添付してください (昨年度版でも可)。
- (2) 申込期限 **原則希望日の2カ月前まで**にお申し込みください。
- (3) 委託業者が申込みする場合でも本様式をご使用ください。
また、備考欄に会社名を記載してください。
- (4) 一個人 (中学校または高等学校教員の方を除く) に対しての大学見学は受け付けておりません。

(送付先) 青森県立保健大学 教務学生課 あて
E-mail: gakubo@auhw.ac.jp
T E L : 017-765-2061
F A X : 017-765-2188