

公立小松大学 模擬講義等申請書

申込日： 令和 年 月 日

公立小松大学 学長 様

下記のとおり申請します。

申請者	高校名			
	代表者名			
	住所	〒		
ご担当者 連絡先	所属(役職)	(進路指導主事、〇年生担任など)		
	氏名			
	電話番号			
	FAX番号			
	メールアドレス			
講義内容 (複数回答可)		学科説明		模擬授業
希望日時	第1希望	年 月 日 ()	:	~ :
	第2希望	年 月 日 ()	:	~ :
希望学科※1 (希望される学科のみ入力してください。)	希望される順に番号を記入してください。			
		生産システム科学科		看護学科
		臨床工学科		国際文化交流学科
予定受講人数	学 年	年 次	人 数	名
実施当日の集合時間等※2	時 間	:	集 合 場 所	
備 考				

※1:複数の学科の模擬講義を希望される場合は、希望される講義数分提出してください。

※2:実施当日の集合時間等について、希望日によって異なる場合は、第1希望日の集合時間を記入してください。

問い合わせ先	公立小松大学中央キャンパス 学生課入試係 〒923-0921 石川県小松市土居原10番地10 TEL:0761-23-6610 FAX:0761-48-3248 E-mail:nyushi@komatsu-u.ac.jp
--------	--