

日本医療大学 デリバリークラス 申込書

FAX : 011-351-6160 TEL : 011-351-6111 メール : pr_jhcc@jhu.ac.jp

【高校情報】

記入日：西暦 20 年 月 日

高校名	高等学校 中等教育学校	TEL FAX	() ()	— —
住所	〒 —			
フリガナ		TEL (ご担当者様)	()	—
ご担当者名				
メールアドレス	@			
対象	1 ・ 2 ・ 3 年生 (いずれかに○をお願いします。)			
人数	人	駐車場	有 ・ 無	

【①実施希望日】

	日付	時間
第1希望日	西暦 年 月 日(曜日)	: ~ : (時間目)
第2希望日	西暦 年 月 日(曜日)	: ~ : (時間目)
第3希望日	西暦 年 月 日(曜日)	: ~ : (時間目)

(第3希望までご記入ください。)

【②希望テーマ】

申込番号	
第1希望	
第2希望	
第3希望	

【③貴校でご準備いただけるもの(○で囲ってください)】

パソコン	[Windows / Mac]	・	電源延長コード
プロジェクター	・	接続ケーブル	[①RGB / ②HDMI / ③その他()]

【④連絡事項(上記以外にご要望・ご連絡事項などがございましたらご記入ください。)】

受付印(大学記入欄)

日本医療大学 デリバリークラス 申込書(記入例)

FAX : 011-351-6160 TEL : 011-351-6111

メール : pr_jhcc@jhu.ac.jp

【高校情報】

記入日：西暦 2024 年 〇 月 〇 日

高校名	日本医療 高等学校 中等教育学校	TEL FAX	(012) 345 - 6789 (012) 345 - 6789
住所	〒 123 - 4567 札幌市豊平区月寒東〇条〇丁目〇—〇		
フリガナ	ニホン タロウ	TEL (ご担当者様)	(012) 345 - 6789
ご担当者名	日本 太郎		
メールアドレス	〇〇〇〇〇@〇〇.〇〇.jp		
対象	1 ・ ② ・ 3 年生 (いずれかに〇をお願いします。)		
人数	30人	駐車場	① 有 ・ 無

【①実施希望日】

	日付	時間
第1希望日	西暦 2024 年 〇 月 〇 日(月 曜日)	10 : 55 ~ 11 : 45 (3 時間目)
第2希望日	西暦 2024 年 〇 月 〇 日(水 曜日)	11 : 55 ~ 12 : 45 (4 時間目)
第3希望日	西暦 2024 年 〇 月 〇 日(水 曜日)	14 : 20 ~ 15 : 10 (6 時間目)

(第3希望までご記入ください。)

【②希望テーマ】

	申込番号
第1希望	02
第2希望	03
第3希望	04

【③貴校でご準備いただけるもの(〇で囲ってください)】

パソコン [Windows / Mac] ・ 電源延長コード プロジェクター ・ 接続ケーブル [①RGB / ②HDMI / ③その他 ()]
--

【④連絡事項(上記以外にご要望・ご連絡事項などがございましたらご記入ください。)】

受付印(大学記入欄)
