

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 MAIL : pr_jhcc@jhu.ac.jp

【高校情報】

記入日：西暦 20 26 年 月 日

高校名	高等学校 中等教育学校	TEL FAX	() ()	— —
住所	〒 — 市			
フリガナ				
ご担当者名		TEL (ご担当者様)	()	—
メールアドレス	@			
対象	<input type="checkbox"/> 1年生 <input type="checkbox"/> 2年生 <input type="checkbox"/> 3年生 ※ <input type="checkbox"/> 現在 調整中			
人数	<input type="checkbox"/> 予定	人	駐車場	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

【①実施希望日】

	日 付	時 間
第1希望日	年 月 日(曜日)	: ~ : (時限目)
第2希望日	年 月 日(曜日)	: ~ : (時限目)
第3希望日	年 月 日(曜日)	: ~ : (時限目)

(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(☑してください)】

<input type="checkbox"/> パソコン	<input type="checkbox"/> 電源/延長コード	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> プロジェクター	<input type="checkbox"/> 接続ケーブル	[<input type="checkbox"/> HDMI <input type="checkbox"/> RGB]

【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)

