**出 前 講 座 申 込 書**

開催希望日の１か月以上前のお申し込みに御協力をお願いいたします。

【申込日】　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **高等学校名**  **団体名** |  | | | |
| **所　在　地** |  | | | |
| TEL： | | | FAX： |
| **担当者名** | 役職等（例：1年進路担当　など）：  ご氏名：  E-mail： | | | |
| **催　事　名** |  | | | |
| **趣旨・目的**  （複数回答可） | 1. 大学の授業を体験 2. 学問・仕事理解 | | 1. 健康促進活動 2. その他（　　　　　　　　　　　） | |
| ①～③に○をつけてください。④その他の場合には，（　）にご記入願います。 | | | |
| **他　大　学　等　の**  **参　　　加** | 有　　　　無（本学単独）   * **「有」の場合は企画内容全体がわかる資料等もご送付願います。** | | | |
| **開催日時**  （講師の集合時間も記入願います） | 月　　日（　）　　時　　分　～　　時　　分  　　（集合時間：　　時　　分、　　　　室） | | | |
| **対象・人数** |  | | | |
| **希望する講義番号**  **・講義テーマ** | 講義番号 | 講義テーマ | | |
| **そ　　　の　　　他**  上記以外でご要望等がありましたらご記入ください。 |  | | | |

※日程・人数等の条件によってはお受けできない場合もございますので、予めご了承くださいますよう、お願いいたします。

担当係：東都大学　地域連携委員会事務局

　TEL:055-922-6688　FAX：055-924-5366

E-mail：numazu-chiikirenkei@tohto.ac.jp