

## 学校等関係団体対象 大学見学申込書

提出日：令和 年 月 日

学校名 団体名			
担当者	職： <small>ふりがな</small>	氏名：	
連絡先	TEL：	FAX：	
	メールアドレス（任意）：		@
目的			
希望日時	第1希望	月 日（ ）	<input type="checkbox"/> 10時00分～11時30分 <input type="checkbox"/> その他 時 分～ 時 分
	第2希望	月 日（ ）	<input type="checkbox"/> 10時00分～11時30分 <input type="checkbox"/> その他 時 分～ 時 分
	第3希望	月 日（ ）	<input type="checkbox"/> 10時00分～11時30分 <input type="checkbox"/> その他 時 分～ 時 分
	※日程によりお受けできない場合があります。 ※土日祝・年末年始、入学試験実施日等はお受けできません。		
対象 人数	約 ～ 名（学年： ） 引率教員： 名 希望分野：（ <input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 社会福祉 <input type="checkbox"/> リハビリ ）		
交通手段	交通手段： <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 大型バス・観光バス等 ※大型バス・観光バスは、大学敷地内駐車スペースをご利用いただけます。		
希望 プログラム	<input type="checkbox"/> 大学概要説明 <input type="checkbox"/> 入試制度説明 <input type="checkbox"/> キャンパスツアー <input type="checkbox"/> 食堂利用（ 名）		
	上記にないプログラムでご希望がありましたら記入してください。 ※ご希望に添えないことがあります。		
備考	その他、連絡があれば記入してください。		

※申込書受領後、受け入れの可否やプログラム等について、記載の担当者にご連絡いたします。

※進路指導・キャリア教育・進学検討等を目的としない、一般団体の施設見学申し込みは、別途お問い合わせください。

提出先：神奈川県立保健福祉大学 事務局 学部入試担当部宛  
FAX：046-828-2501（送信状不要）、E-mail：admission@kuhs.ac.jp