

久留米大学医学部医療検査学科 学科見学

FAX 申込用紙

- 学科見学を申し込まれる方は、必要事項をご記入の上、FAX または電話でお申込みください。

申込者氏名		学校名	高校 当てはまるほうに○をつけてください。 (教員 ・ 生徒)
TEL		FAX	
希望内容 右記のご希望の 番号に○をつけて ください。	1. 学科見学 団体	人数	約()名
	2. 学科見学 個人	同伴者	1. なし 2. あり()名

- 学科見学を希望される日時をお知らせください。

第1希望：	月	日()	曜日	()	時～	()	時まで
第2希望：	月	日()	曜日	()	時～	()	時まで
第3希望：	月	日()	曜日	()	時～	()	時まで

- ご依頼の際は、実施予定日の2か月前までにご連絡ください。
なお、学内行事や教員の都合により、ご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

- 宛先 久留米大学医学部医療検査学科 広報委員会 担当:広報委員長(棚町)

TEL 0942-31-7714

FAX 0942-31-7715

