

FAX 088 - 847 - 8605

高知県立大学 入試課 宛

高知県立大学 大学見学申込書

申込日	令和 年 月 日 ()	
高等学校名		
ご連絡先	フリガナ 担当者氏名	
	電話番号	
	FAX 番号	
	E-mail	

見学の目的		
希望日	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
参加人数	名	
	内 訳	生徒 名 1年・2年・3年 (学年に○をする) 教員 名 1年・2年・3年 (学年に○をする)
見学希望学部	池キャンパス <input type="checkbox"/> 看護学部 <input type="checkbox"/> 社会福祉学部 <input type="checkbox"/> 健康栄養学部 永国寺キャンパス <input type="checkbox"/> 文化学部	
来学方法	<input type="checkbox"/> バス 台 <input type="checkbox"/> 公共交通機関	
その他要望等 (具体的内容、特 に見たい・聞きた い点をご記入く ださい。)		