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  □看護学部　　　　□社会福祉学部　　　　□健康栄養学部  永国寺キャンパス  　□文化学部 | | | |
| 来学方法 | □バス　　　　　台 | | | |
| □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。） |  | | | |