

# 名寄市立大学見学申込書

申込日： 年 月 日

申込者氏名 (代表者)	
住 所	〒 —
TEL・FAX	TEL — — FAX — —
E-mail	
学 校 名	

※ ↓ご記入若しくは表中の□にチェックしてください。

希望内容	<input type="checkbox"/> 大学概要説明等（学科説明・入試説明など） ※特に説明を希望する学科がありましたら、下記にチェックしてください。 【 <input type="checkbox"/> 栄養学科 <input type="checkbox"/> 看護学科 <input type="checkbox"/> 社会福祉学科 <input type="checkbox"/> 社会保育学科 】 <input type="checkbox"/> 学内見学
希望日時	第1希望 令和 年 月 日（ 曜日） 時 分～ 時 分 第2希望 令和 年 月 日（ 曜日） 時 分～ 時 分 第3希望 令和 年 月 日（ 曜日） 時 分～ 時 分 ※土曜日・日曜日・祝日に希望される場合は、事前に電話にてご相談ください。
見学者数	生 徒 _____ 名 【 1年 _____ 名 ・ 2年 _____ 名 ・ 3年 _____ 名 】 保護者 _____ 名 ・ 教員 _____ 名 ・ その他 _____ 名 計 _____ 名 ※新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、見学者数は10人までとします。
本学までの 移動手段	<input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他連絡事項	

※電話で申込される場合は、申込書に記載されている必要事項をお伝えください。

※原則として見学を希望する日の2週間までにはお申込みください。受付は先着順とし、対応の可否については、受付後一週間程度でご連絡いたします。

※本学行事などの都合により、ご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。また、今後の新型コロナウイルス感染症の拡大状況によっては、中止となる場合もありますのでご了承ください。

■連絡先/申込先■ 名寄市立大学教務課広報入試係

TEL : 01654-2-4194、FAX : 01654-3-3354

E-mail: shingaku@nayoro.ac.jp