順天堂大学健康データサイエンス学部 出張講義プログラム申込書

（西暦）　　年　　月　　日

■必要事項をご記入の上、下記あて先に E-mail にてお申し込みください。

学校名			
所在地		〒	
ご担当者	所属及び氏名	所属	氏名
	TEL/FAX	TEL	FAX
	E-mail		
受講者		□ 生　徒：　　名（□ 1年生　□ 2年生　□ 3年生） □ 保護者：　　名 □ その他：　　名（　　）	
第1希望		年　月　日（　）　時　分 ～ 時　分	
第2希望		年　月　日（　）　時　分 ～ 時　分	
第3希望		年　月　日（　）　時　分 ～ 時　分	
希望講義		第1希望（講義 No.　　） 講師名：	第2希望（講義 No.　　） 講師名：
準備可能な機材 （複数ご回答ください）		□ PC　□ スクリーン　□ プロジェクター　□ モニター（　　インチ） □ HDMIケーブル　□ VGAケーブル　□ マイク　□ スピーカー	
生徒個人情報の取得		□ 可　□ 不可	
その他ご要望事項			

1) **「希望講義」の「講義No.」は別紙「出張講義テーマ一覧」をご参照ください。**
2) **本申込書に必要事項をご入力の上、浦安・日の出キャンパス事務室宛にE-mailにてお申し込みください。**
3) **講義実施日は原則、月～金曜（祝祭日を除き）とさせていただきます。**
4) **お申し込みは、講義実施希望日の1ヶ月前までにお願いいたします。**
5) **講義は無料です（派遣に関わる交通費も本学にて負担いたします）。**

＜お申し込み・お問い合わせ先＞
順天堂大学 浦安・日の出キャンパス事務室
TEL：047-354-3311（代表）
E-mail：**ds-pr@juntendo.ac.jp**