順天堂大学医療科学部 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		例に基づく具体的な講義名、またはご希望内容のご相談でも結構です。	
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			

＜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：**ms-pr@juntendo.ac.jp**

(2025.9)