

学校等関係団体対象 大学見学申込書

提出日：令和 年 月 日

学校名 団体名					
担当者	職： 氏名： <small>ふりがな</small>				
連絡先	TEL：	FAX：			
	メールアドレス（任意）：		@		
目的					
希望日時	第1希望	月	日	(曜日)	時 分～ 時 分
	第2希望	月	日	(曜日)	時 分～ 時 分
	第3希望	月	日	(曜日)	時 分～ 時 分
	※日程によりお受けできない場合があります。 ※土日祝・年末年始、入学試験実施日等はお受けできません。				
対象人数	約 ～ 名 (学年：) 引率教員： <input type="checkbox"/> あり (名) <input type="checkbox"/> なし 希望分野： <input type="checkbox"/> 全体 <input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 社会福祉 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 他)				
交通手段	交通手段： <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 大型バス・観光バス等 ※大型バス・観光バスは、大学敷地内駐車スペースをご利用いただけます。				
希望プログラム	<input type="checkbox"/> 大学概要説明 <input type="checkbox"/> 入試制度説明 (<input type="checkbox"/> 概要程度 <input type="checkbox"/> 詳細) <input type="checkbox"/> キャンパスツアー <input type="checkbox"/> 図書館見学 上記にないプログラムでご希望がありましたら記入してください。 ※ご希望に添えないことがあります。				
備考	その他、連絡があれば記入してください。				

※申し込みの期限はありませんが、なるべく早くお申し込みください。

※申込書受領後、受け入れの可否やプログラム等について、記載の担当者にご連絡いたします。

※進路指導・キャリア教育・進学検討等を目的としない、一般団体の施設見学申し込みは、別途お問い合わせください。

提出先：神奈川県立保健福祉大学 事務局 学部入試担当部宛
FAX：046-828-2501 (送信状不要)、E-mail：admission@kuhs.ac.jp

学校等関係団体対象 大学見学プログラム(例)

ご希望に応じて、大学概要説明・入試説明・キャンパスツアー等を実施します。昼食として学食をご利用いただくことも可能です。

【プログラム例：滞在時間 90 分程度の場合】

時間	内容	場所等
10時00分	集合	大学事務局前
10時00分～ 10時45分	大学概要説明 入試制度説明(※)	講義室・会議室等
10時45分～ 11時30分	キャンパスツアー	演習室等見学 図書館

※入試制度説明は、対象学年などご要望に応じて、概要程度説明・詳細説明などアレンジをいたします。

【見学施設例】

下記の施設は一例です。各学科専攻の演習室を中心にキャンパスツアーを実施します。各部屋での学びや演習の様子等も紹介いたします。

看護実習室 	運動療法室 	給食経営管理実習室 
作業療法学実習室 	入浴実習室 	附属図書館 