大学進学説明会(出張ミニ説明会)　申込書

学　校　名	
御担当者氏名	
住　　所	
TEL／FAX	
E-mail	
開催希望日 時　間	年　　月　　日(　　) ：　　～　　：
説明希望学科 (数字に○を付けてください。)	１．保健学科 鍼灸学専攻 ２．保健学科 理学療法学専攻 ３．情報システム学科 ４．上記の全て
参加見込み人数 (資料を準備します)	生徒 ＿＿＿名(高３＿＿名)(高２＿＿名)(高１＿＿名) (中学生 ＿＿名)(他 ＿＿名) 保護者 ＿＿＿名、教員 ＿＿＿名、他 ＿＿＿名 合 計　　名
資料の部数 (事前に送ります)	墨字版　＿＿＿＿部 点字板　＿＿＿＿部
連絡事項	

※電話連絡の上、上記「申込書」をお送りください。

・〒３０５－８５２１　茨城県つくば市春日４－１２－７
筑波技術大学　視覚障害系支援課教務係
・ＦＡＸ：０２９－８５８－９５１７　　TEL：０２９－８５８－９５０７～９
・E-mail：　ntut-oc-hs@ad.tsukuba-tech.ac.jp

メールの場合は上記の内容を書いてお送りください。