年　　月　　日

長崎純心大学出張講義申込書

※申込書年間を通じて申込みができます

FAX 095-849-1694（担当:長崎純心大学 学事課）

学校名　　高等学校

担当者名　　先生　TEL　　（　　）

希望日時	**第1希望**　月　日　曜日　時　分から　時　分まで **第2希望**　月　日　曜日　時　分から　時　分まで
テーマ若しくは内　容	（例）「私たちの生活と心理学」「幼児の保育と教育」「私たちの生涯と福祉」「世界の長崎」など
目　的	※特にキャリア教育としての取組みである場合、想定する職業等をお書きください。
対象者	第　　学年　　名　（うち男　　名、女　　名）
備　考	

※本学の行事や教員のスケジュールにより、希望の日時に実施できない場合があります。

本学通信欄