　　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：教学支援課）**

学校名等

担当者名　　　　　　　　先生　　TEL　　（　　　）　　　FAX　　（　　　）

メールアドレス　　　　　　　　　　@

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |
| 実施方法 | 対面　　　　　・　　　　オンライン（リアルタイムZOOM） |
| 対象者 | 第　　 学年　　　　名 |
| 備　考 |  |

**※本学の都合により、希望の日時に実施できない場合があります。**

|  |
| --- |
| 本学通信欄 |