記入日：令和　　年　　月　　日

体験授業申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 体験授業希望日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　　　～　　　　：　　　　：　　　　～　　　　： |
| 体験授業の希望場所（どちらかに○を付けてください） | <本学内>　・　<出張（貴校）> |
| 希望する体験授業科目名あるいは授業内容（第一及び第二希望まで必ず記入してください） | 第一希望第二希望 |
| 体験授業受講者数（予定） |  |
| 学校名及び担当教諭等の氏名 |  |
| 連絡先貴学の電話番号及びメールアドレス |  |
| メモ（質問や問い合わせ事項があれば記入してください） |

日本赤十字広島看護大学　事務局入試課

TEL：0829-20-2860 FAX:0829-20-2801

Mail：nyuusi@jrchcn.ac.jp