

送付文は不要です

令和 年 月 日

学校法人摺河学園
ハーベスト医療福祉専門学校
校長 北浜 伸介 様

高等学校

校長 _____

1. 希望講座名 _____

2. 講座担当者名 _____

3. 講座希望日 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 (分間)

4. 実施目的 (授業の一環、進路指導等できるだけ具体的にご記入ください)

5. 対象と人数 (学年、およその人数)

6. 実施場所 (教室、講堂など)

7. その他

高等学校ご担当者名 _____

連絡先 TEL _____ FAX _____

送り先 (FAX) : 079-224-1779

受理致しましたら、本学担当者からご連絡いたします