平成　　年　　月　　日

愛媛大学「大学訪問」実施申込書

愛媛大学長　　殿　　学校長＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり実施を依頼します。

高校名	学校
	郵便番号　　所在地
	電話番号　　FAX 番号
	E-mail
	担当者氏名（校務分掌）
希望日時 （第２希望欄は空白でも可）	第１希望　　月　　日（　　曜）　　時　　分～　　時　　分
	第２希望　　月　　日（　　曜）　　時　　分～　　時　　分
ﾀｲﾑｽｹｼﾞｭｰﾙ （具体的に）	
対象者	（　　）年　　約　　名
	生徒以外の参加者〔　無　・　有　〕 「有」の場合　→　保護者　約（　　）名，教員　約（　　）名
説明を希望される学部等	（　）愛媛大学全般 （　）法文学部 （　）教育学部 （　）社会共創学部 （　）理学部 （　）医学部 →〔学部全体・主に医学部・主に看護学科〕 （　）工学部 （　）農学部 （　）スーパーサイエンス特別コース （　）その他（　　）
その他の希望事項 （具体的に）	

※　実施予定日の８週間前までに，本学入試課へ「申込書」を送付（ファックス又は郵送）してください。なお，公印は省略しても差し支えありません。

※　講師の出張等により，ご希望に添えないことがあります。

愛媛大学　教育学生支援部　入試課　　〒790-8577　愛媛県松山市文京町3番
電話:089-927-9172　FAX:089-927-9180