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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |  |

　次のとおり実施を依頼します。

※**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（**できる限りEメール**で，不可能な場合のみFAX又は郵送）して下さい。なお，公印は省略しても差し支えありません。

※都合により，ご希望に添えないことがあります。

**本学連絡先 愛媛大学教育学生支援部入試課 電話：089-927-8106**

**〒790-8577　 FAX：089-927-9180**

**愛媛県松山市文京町３番 Eメール：nyushika@stu.ehime-u.ac.jp**