大学進学説明会（出張ミニ説明会）　申込書

学　校　名	
ふりがな 御担当者氏名	
住　　所	
TEL／FAX	
E-mail	
開催希望日 時　間	年　　月　　日（　　） ：　　～　　：
説明希望学科 (数字に〇を付けてください。)	１．保健科学部 保健学科 鍼灸学専攻 ２．保健科学部 保健学科 理学療法学専攻 ３．保健科学部 情報システム学科 ４．共生社会創成学部 視覚障害コース ５．上記の全て
参加見込み人数 (資料準備のため)	生徒＿＿＿名(高３＿＿名)(高２＿＿名)(高１＿＿名) (中学生＿＿名)(他＿＿名) 保護者＿＿＿名、教員＿＿＿名、他＿＿＿名 合 計　　名
資料の部数	墨字版　（　　）部 点字版　（　　）部
連絡事項	

※電話連絡の上，上記「申込書」をお送りください。

・〒３０５－８５２１　茨城県つくば市春日４－１２－７
筑波技術大学　視覚障害系支援課教務係
・ＦＡＸ：０２９－８５８－９５１７　　TEL：０２９－８５８－９５０７～９
・E-mail：kyoumuk@ad.tsukuba-tech.ac.jp
メールの場合はメール添付又は上記の内容を書いてお送りください。