

神奈川歯科大学 中学生・高校生体験プログラム

申込書

学校単位でのお申込みとなりますので、必ず教員の方がご記入ください。

【お申し込み先】企画推進室 勝野 電話：046-822-8751 Mail：kikakusuishin@kdu.ac.jp

貴校名												
所在地												
ご担当	ふりがな：					TEL						
	(役職：)					FAX						
						メール	@					
希望日時	第1希望	月	日	()	時	分	～	時	分			
	第2希望	月	日	()	時	分	～	時	分			
	第3希望	月	日	()	時	分	～	時	分			
希望プログラム	第1希望	NO.										
	第2希望	NO.										
	第3希望	NO.										
	第4希望	NO.										
	第5希望	NO.										
	第6希望	NO.										
参加予定の学年と人数	中1	中2	中3	高1	高2	高3	(○を1つつけてください)	男子	名	女子	名	
	中1	中2	中3	高1	高2	高3	(○を1つつけてください)	男子	名	女子	名	
	中1	中2	中3	高1	高2	高3	(○を1つつけてください)	男子	名	女子	名	
	引率教員人数							名				
	その他、ご要望等(ある場合は具体的にご記入ください。)											