

送付文は不要です

平成 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 杉本 健三 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 平成 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