(西暦)　　　　 　年　　 　月　 　　日

**湘北短期大学地域連携センター行**

**FAX： ０４６-２４７-３６６７**

**高等学校・湘北短期大学連携プログラム**

**― 湘北カレッジ・パス・プログラム ―**

**高大連携プログラム「出張授業」申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **高等学校名** |  |
| **ご担当教員名** |  |
| **ご連絡先** | ＴＥＬ： |
| ＦＡＸ： |
| Ｅ-ｍａｉｌ：　　　　　　　　 　　＠ |
| **実施希望日と****時間** | 第1希望 | 　　　　月　　　　日（　　　）　　　　　　：　　　～　　　　： |
| 第2希望 | 　　　　月　　　　日（　　　）　　　　　　：　　　～　　　　： |
| 第3希望 | 　　　　月　　　　日（　　　）　　　　　　：　　　～　　　　： |
| **対象学年・人数** | （　　　　　）　年生　（　　　　　）　名 |
| **実施希望内容** | 第1希望 | 教員名： |
| 授業名： |
| 授業の目的・対象科目： |
| 第2希望 | 教員名： |
| 授業名： |
| 授業の目的・対象科目： |
| 第3希望 | 教員名： |
| 授業名： |
| 授業の目的・対象科目： |
| **その他（授業形式・教室等）** |  |
| **本プログラムを知ったきっかけ** | * 教職員からのご案内　　　　　　　　　□ 連携校宛出張授業のご案内
* その他（　　　　　　　　　　　　　）
 |

お問合せ先）　Ｅ-ｍａｉｌ：sr-center@shohoku.ac.jp

TEL：046-247-3131（代表）