

関西医科大学 リハビリテーション学部 出張講義申込書

年 月 日

学校名	高等学校・中学校
学校所在地	都・道・府・県 市・町・村
	丁目 番地 号
ご担当者名	
連絡先（お電話番号）	() -
連絡先（e-Mailアドレス）	@
希望テーマもしくは内容	
対象学年	学年
希望日時	年 月 上旬 ・ 中旬 ・ 下旬
	時 頃 ~ 時 頃
講義時間	分
オンラインの可否	可 ・ 否
その他ご要望など	

【返信先】 FAX 072-804-2686