

2025 年度 静岡県立大学 大学見学申込書

(申込日 年 月 日)

団体名(学校名)				
ご担当者連絡先	担当者氏名(役職)			
	〒			
	(電話番号)		(E-mail)	
見学希望日	第一希望: 令和 年 月 日() AM・PM			
	第二希望: 令和 年 月 日() AM・PM			
参加人数	(生徒)	(保護者)	(教員)	合計
	1 年 名			
	2 年 名			
	3 年 名	名	名	名
	参加人数は確定していますか→ ☐ はい ☐ いいえ(頃に確定予定)			
来学方法	☐ バス ☐ 公共交通機関 ☐ その他()			
学食の利用	☐ 希望する ☐ 希望しない ※12:10～13:00 は食堂内が非常に混雑するため、利用できません			
見学の目的				
当日の主なスケジュール	※本学の見学以外に当日のご予定がございましたらご記入ください。			
その他連絡事項				

- ・参加人数は 10 名以上 40 名以下(引率教員・保護者を含めて)でのお申し込みをお願いします。
- ・申込日によっては駐車場や学食の利用ができない場合があります。あらかじめご了承ください。
- ・ご不明な点等ございましたら、学生部入試室(Tel:054-264-5007)までご連絡ください。