

地域連携・実践研究センター等使用許可願

年 月 日

大阪歯科大学看護学部長 殿

申請者

領域

連絡先

1. 使用計画

目的				
期 日	年	月	日	
曜 日				
開催時間		:	~	:
頻 度	単発	継続	その他 ()	
使用施設	地域連携・実践研究センター	地域交流サロン	芝生広場	その他 ()
使用 者	年齢 (年代)		人数	
主催領域				
共催領域	有 ()		無	

2. 看護学教育・研究との関連 (関連する科目のシラバスに照らし合わせて記載)

--

3. 期待できる成果

--

受理日		許諾日		受理番号 2025-1-
-----	--	-----	--	--------------