

東城看護専門学校ファックス番号 0897-41-6688

申し込み月日 (月 日)

オープンスクール 参加申込書

太枠内に差し支えない範囲でご記入ください。

☐は該当する方をチェックしてください。

(フリガナ) 氏 名	()
性別・年齢	☐ 男 性 ☐ 女 性 () 歳
勤務先または 在 校 名	
住 所	〒 — —
連絡先 TEL 市外局番から お書きください	— — ☐ 自宅 ☐ 本人携帯 ☐ その他 ()
参 加 日	☐ 8月6日(土) 8:45~12:30
本人以外の 参 加 者	☐ あり () 名 ☐ なし ある場合：保護者 () その他 () 差し支えなければ、ご氏名をご記入ください。

※必要事項をご記入のうえ、FAXで申し込むか、直接当校へご持参ください。

※申し込み締切日は8月1日(月)となっております。

※参加申込者が予定数を超えた場合は、ご連絡を差し上げますが、それ以外にご連絡いたしませんので、当日直接おいでください。