

(一般用)

東城看護専門学校ファックス番号 0897-47-6260

申し込み月日 (月 日)

オープンキャンパス 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。

氏名 (フリガナ)	()
性別・年齢	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 ()歳
勤務先または 在校名	
住所	〒 —
連絡先 TEL <small>市外局番から お書きください</small>	— — <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()
参加日	<input type="checkbox"/> 7月27日(土) 10:00~13:00
本人以外の 参加者	<input type="checkbox"/> あり ()名 <input type="checkbox"/> 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7月24日(水)となっております。

※参加申込者が予定数を越えた場合は、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。