

(個人用)

看護の日ふれあい体験 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。

該当する□をチェックしてください。

学 校 名 又は勤務先		学年	年
(フリガナ) 氏 名	()		
性 別	<input type="checkbox"/> 男 性	<input type="checkbox"/> 女 性	
住 所	〒 —		
連絡先 TEL 市外局番から お書きください	— — <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 本人携帯 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> その他 ()		
参 加 日	5月7日(土) 10:30~14:00 (受付 10:00)		
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 ()		

東城看護専門学校 F A X 番号 0897-47-6260

※申し込み締切日は 4月28日(木)となっております。