

オープンキャンパス 申し込み用紙

申込日 : 令和 年 月 日

1. 参加ご希望される場合は、FAX かお電話でお申し込みください。
2. 2日間共に同じ内容です。ご希望される日のどちらかをえらんでください。
3. 日程変更等でご連絡する場合があります。携帯電話など昼間に連絡が取れる連絡先のご記入をお願いします。

学校名 : _____ 学年 : _____ 年生

参加者氏名	同伴者の有無	希望日	連絡先 (必須)
フリガナ	有 無	() 7月23日 (土) () 11月12日 (土)	
フリガナ	有 無	() 7月23日 (土) () 11月12日 (土)	
フリガナ	有 無	() 7月23日 (土) () 11月12日 (土)	

白河医師会白河准看護学院

FAX : 0248-27-3825

TEL : 0248-23-3701