FAX：018（833）8970

E-mail：gakuin＠meiwakai.or.jp

2023年　　　　月　　　　日

中通高等看護学院　行

オープンキャンパス申込書

|  |
| --- |
| 学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高等学校　　ご担当 様Tel Fax |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　 | 性別 | 学年 | 希望日 | 希望日 |
| １ | 男 ・ 女 | 　　学年 | 第1回7/29（土） | 第2回7/31（月） |
| ２ | 男 ・ 女 | 　　学年 | 第1回7/29（土） | 第2回7/31（月） |
| ３ | 男 ・ 女 | 　　学年 | 第1回7/29（土） | 第2回7/31（月） |
| ４ | 男 ・ 女 | 　　学年 | 第1回7/29（土） | 第2回7/31（月） |
| ５ | 男 ・ 女 | 　　学年 | 第1回7/29（土） | 第2回7/31（月） |
| ６ | 男 ・ 女 | 　　学年 | 第1回7/29（土） | 第2回7/31（月） |
| ７ | 男 ・ 女 | 　　学年 | 第1回7/29（土） | 第2回7/31（月） |
| ８ | 男 ・ 女 | 　　学年 | 第1回7/29（土） | 第2回7/31（月） |
| ９ | 男 ・ 女 | 　　学年 | 第1回7/29（土） | 第2回7/31（月） |
| 10 | 男 ・ 女 | 　　学年 | 第1回7/29（土） | 第2回7/31（月） |

※希望日のいずれかの日付を○で囲んでください。

●申し込み締め切り　：　第1、2回目-- 7月6日（木）　　第3回目-- 11 月21 日（火）

●申込み方法　①FAX：018(833)8970　　　※送付表は付けずに、この用紙のみお送りください。

②郵送：〒010-0021　秋田市楢山登町3‐18

　　　　　　　　　　　　　　　　中通高等看護学院　オープンキャンパス担当

●「オープンキャンパス申込書」不足の場合は､コピーしてご使用ください。