

# 令和6年4月 小澤高等看護学院に入学を希望する皆さんへ

対象者：社会人

## 小澤高等看護学院 入試説明会・オープンキャンパス 参加申込カード

下記内容を、メール又はFAXでお知らせください。

申込日：令和 年 月 日

メールアドレス：ozawakoutoukangogakuin@gmail.com

小澤高等看護学院あてFAX送信 FAX番号：0465-23-0250

氏名				( 歳)	<p style="text-align: center;"><b>完全 予約制です。</b></p> <p>申込み後、学院から 連絡しますので、 連絡先を必ず記入 して下さい。</p> <p>※保護者の参加は 1名に限ります。</p>	
高校名	_____高校					
	(□令和 年 月卒業見込 □昭和・平成・令和 年 月卒業)					
保護者の参加	□有 父・母・兄弟・他 ( ) □無					
住所	〒					
電話番号	( ) — —					
携帯電話番号	( ) — —					
参加希望日	令和5年開催日及び時間					
希望箇所の□ に レチェックし て下さい  開催日の各回 共、同一内容 です。	<input type="checkbox"/>	4月22日(土)	<input type="checkbox"/>	11:30~	<input type="checkbox"/>	12:30~
	<input type="checkbox"/>	5月13日(土)	<input type="checkbox"/>	11:30~	<input type="checkbox"/>	12:30~
	<input type="checkbox"/>	6月6日(火)	<input type="checkbox"/>	16:00~	<input type="checkbox"/>	17:30~
	<input type="checkbox"/>	7月24日(月)	<input type="checkbox"/>	16:00~	<input type="checkbox"/>	17:30~
	<input type="checkbox"/>	8月21日(月)	<input type="checkbox"/>	16:00~	<input type="checkbox"/>	17:30~
	<input type="checkbox"/>	9月25日(月)	<input type="checkbox"/>	16:00~	<input type="checkbox"/>	17:30~
	<input type="checkbox"/>	10月23日(月)	<input type="checkbox"/>	16:00~	<input type="checkbox"/>	17:30~
	<input type="checkbox"/>	11月20日(月)	<input type="checkbox"/>	16:00~	<input type="checkbox"/>	17:30~