

# 令和4年4月 小澤高等看護学院に入学を希望する皆さんへ

## 小澤高等看護学院 入試相談会 参加予約申込カード

下記事項を記入の上、FAXでお知らせください。

申込日： 年 月 日

氏名			( 歳)	<b>完全予約制 です。 申込み後、こちらから連絡しますので、連絡先を必ず記入して下さい。</b>
高校名	_____高校			
	( <input type="checkbox"/> 令和 年 月卒業見込 <input type="checkbox"/> 昭和・平成・令和 年 月卒業)			
保護者の参加	<input type="checkbox"/> 有 父・母・兄弟・他 ( ) <input type="checkbox"/> 無			
住所	〒			
電話番号	( ) — —			
携帯電話番号	( ) — —			
参加希望日 希望箇所の□に レチェックして下さい	令和3年開催日	開催時間		
	<input type="checkbox"/> 11月22日(月)	16:30~17:30		
	<input type="checkbox"/> 11月29日(月)	16:30~17:30		
	<input type="checkbox"/> 12月4日(土)	13:30~14:30		
	<input type="checkbox"/> 12月18日(土)	13:30~14:30		

小澤高等看護学院 入試係あてFAX送信

FAX番号:0465-23-0250

