

小澤高等看護学院オープンキャンパス・説明会・相談会申込カード

下記内容を、メール又はFAXでお知らせください。

申込日： 年 月 日

メールアドレス：ozawa-kango@nifty.com

氏名	(歳)		備考
高校名	_____高校 (<input type="checkbox"/> 令和 年 月卒業見込 <input type="checkbox"/> 昭和・平成 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	入試説明会	オープンキャンパス	
	<input type="checkbox"/> 6月22日(土) 11:00開始 <input type="checkbox"/> 7月13日(土) 11:00開始 <input type="checkbox"/> 8月5日(月) 11:00開始 <input type="checkbox"/> 9月14日(土) 11:00開 *10月の開催日時は調整中です <input type="checkbox"/> 12月24日(火) 11:00開始	<input type="checkbox"/> 7月26日(金) <input type="checkbox"/> 11:00開始 <input type="checkbox"/> 14:30開始 <input type="checkbox"/> 7月30日(火) <input type="checkbox"/> 11:00開始 <input type="checkbox"/> 14:30開始 <input type="checkbox"/> 8月1日(木) <input type="checkbox"/> 11:00開始 <input type="checkbox"/> 14:30開始 *各開催日共、11:00開始と14:30開始は、同一内容です。	

小澤高等看護学院あてFAX送信
FAX番号:0465-23-0250