

令和8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)	完全 予約制です。 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。 ※保護者の参加は 1名に限ります。
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26日(土)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 12:30~	<input type="checkbox"/> 5月10日(土)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 12:30~	
	<input type="checkbox"/> 6月28日(土)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 13:30~	<input type="checkbox"/> 7月10日(土)		<input type="checkbox"/> 15:30~	
	<input type="checkbox"/> 7月17日(木)		<input type="checkbox"/> 15:30~	<input type="checkbox"/> 7月19日(土)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 13:30~	
	<input type="checkbox"/> 7月29日(火)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 13:30~	<input type="checkbox"/> 7月30日(水)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 13:30~	
	<input type="checkbox"/> 7月31日(木)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 13:30~	<input type="checkbox"/> 8月1日(金)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 13:30~	
	<input type="checkbox"/> 8月18日(月)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 13:30~	<input type="checkbox"/> 9月13日(土)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 13:30~	
	<input type="checkbox"/> 10月4日(土)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 13:30~	<input type="checkbox"/> 11月15日(土)	<input type="checkbox"/> 10:30~	<input type="checkbox"/> 13:30~	