

九州保健福祉大学総合医療専門学校  
日曜見学会 参加申込用紙

九州保健福祉大学総合医療専門学校 事務室行き (FAX : 0985-29-5755)

1. 参加者氏名

(生徒、受験希望者のお名前のみをご記入ください。参加者合計欄には、生徒、受験生の方に加えて保護者、付き添いの方の人数を含めた数をご記入ください。)

フリガナ

フリガナ

①

②

フリガナ

フリガナ

③

④

参加者合計 \_\_\_\_\_ 名

2. 住所 〒 \_\_\_\_\_

3. 連絡先

(平日・日中でも連絡のとりやすい電話番号(できれば携帯電話)をご記入ください。お申し込み確認のため、ご記入いただきました連絡先にお電話をさせていただきます。連絡が取れない場合、キャンセルさせていただく場合がございます。)

電話番号 \_\_\_\_\_

4. 見学希望学科

鍼灸学科のみです。(※看護学科は日曜見学会を実施しておりません。)

5. 参加希望日 (①～③いずれかの日に○をつけてください)

① 10月14日(日)

② 11月18日(日)

③ 12月 9日(日)

6. その他(事前に、ご質問ありましたらご記入ください。)

ご記入日：平成 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日