

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

(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 _____

携帯番号 _____

4. 希望学科 ○をご記入ください

・鍼灸学科(夜間)のみです。

5. 参加希望日 (開催日: 10月13日(日)、11月17日(日)、12月8日(日))

参加希望日【 月 日 () 曜日】

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