

九州保健福祉大学総合医療専門学校
見学会（随時） 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 いずれかに○をご記入ください

- ・鍼灸学科（夜間） ・看護学科

5. 参加希望日、時間帯（第一希望、第二希望いずれもご記入ください）

第一希望 参加希望日【 月 日（ ）曜日】

時 間 帯【 時から】

第二希望 参加希望日【 月 日（ ）曜日】

時 間 帯【 時から】

6. その他（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