

令和元年度オープンキャンパス参加申し込み FAX 送信票

(高校取りまとめ用)

送信日 月 日

送信先

鶴岡准看護学院

担当 川井 宛

FAX : 0235 (22) 7622

学校名 _____

担当者名 _____

住 所 _____

(TEL) _____ (FAX) _____

◎10月12日(土) オープンキャンパス参加の申し込みをします

学年	氏名	ふりがな	性別	保護者参加人数

*締切りはR元年10月9日(水) 17:00