

令和2年度オープンキャンパス参加申し込み FAX 送信票

(一般用)

送信日 月 日

送信先

鶴岡准看護学院

担当 小林 宛

FAX : 0235 (22) 7622

8月1日(土)のオープンキャンパス参加の申し込みをします

発信者

(ふりがな)

氏 名 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳

住 所 _____

(TEL) 自宅 _____ (FAX) _____

携帯 _____

※必要時連絡させていただきますので、必ず携帯番号をご記入してください。

*締切り：R2年7月15日(水) 17:00

(お問い合わせ先)

〒997-0035 山形県鶴岡市馬場町 1-34

一般社団法人鶴岡地区医師会

鶴岡准看護学院

TEL : 0235 (22) 6413

FAX : 0235 (22) 7622