

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 庄司 宛
FAX : 0235 (22) 7622

10月10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10月2日(金)17:00

注 意 事 項

※新型コロナウイルスの感染拡大を受け、今回は山形県内の方のみを対象とさせていただきます。

また、2週間以内に山形県外に行かれた方の参加はご遠慮いただくようお願いいたします。

(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