

令和2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 庄司 宛

FAX : 0235 (22) 7622

学校名 _____

担当者名 _____

住 所 _____

(TEL) _____ (FAX) _____

◎10月10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 |
|----|----|------|----|---------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

注 意 事 項

*締切りはR2年10月2日(金) 17:00

※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。