

鹿島藤津地区医師会立看護高等専修学校 行き

学校見学会参加申込書

日時 平成 30 年 9 月 8 日(土) ①14:00～16:00()
②18:00～20:00()
(①か②どちらかお選び下さい)

所属(学校名または施設名)

TEL

No.	氏 名	連絡先(TEL) ※差支えなければご記入ください。
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

*申込み締め切りは平成 30 年 9 月 6 日(木)です。

*連絡先は学校見学会の連絡のみに使用し、他の目的では使用いたしません。

申込み先 ファックス (0954)62-5650

電子メール me710020@mocha.ocn.ne.jp