



## 【団体用】七尾看護専門学校 オープンキャンパス申込書 (FAX送信票)

参加者情報			希望内容	
ふりがな 氏名	学年	男・女	参加希望日	<input type="checkbox"/> 8月1日(土) <input type="checkbox"/> 9月5日(土)
〒 — 住所			保護者の参加	有( 名)・無
TEL (携帯・自宅)			個別相談希望	有・無
Mail				
ふりがな 氏名	学年	男・女	参加希望日	<input type="checkbox"/> 8月1日(土) <input type="checkbox"/> 9月5日(土)
〒 — 住所			保護者の参加	有( 名)・無
TEL (携帯・自宅)			個別相談希望	有・無
Mail				
ふりがな 氏名	学年	男・女	参加希望日	<input type="checkbox"/> 8月1日(土) <input type="checkbox"/> 9月5日(土)
〒 — 住所			保護者の参加	有( 名)・無
TEL (携帯・自宅)			個別相談希望	有・無
Mail				
ふりがな 氏名	学年	男・女	参加希望日	<input type="checkbox"/> 8月1日(土) <input type="checkbox"/> 9月5日(土)
〒 — 住所			保護者の参加	有( 名)・無
TEL (携帯・自宅)			個別相談希望	有・無
Mail				
ふりがな 氏名	学年	男・女	参加希望日	<input type="checkbox"/> 8月1日(土) <input type="checkbox"/> 9月5日(土)
〒 — 住所			保護者の参加	有( 名)・無
TEL (携帯・自宅)			個別相談希望	有・無
Mail				
<b>送 信 先</b>			<b>送 信 元</b>	
七尾看護専門学校 FAX 0767-53-6548 TEL 0767-52-9988			学校名及び送信者名	

※オープンキャンパスの数日前に、記入して頂いたご住所宛に本校より受付票を送付いたしますので  
当日持参してください。