

FAX 発信用紙

FAX 送信表不要

令和元年 月 日

川内市医師会立川内看護専門学校

FAX 0996-22-5331

オープンキャンパス申込用紙

ふりがな					
氏 名		年齢	歳	性別	男・女
	※当日の保護者や付き添いの参加人数をご記入ください。() 人				
住 所	〒				
電話番号	※連絡可能な電話番号をご記入ください TEL — —				
学生（職業）	学生 : <u>該当するところに○をご記入ください</u> (中学生 ・ 高校 ・ 大学 ・ 専門学校) 学校名 : ()				
	社会人 : 現在の職業をお書きください ()				
参加希望日	※どちらかに○をしてください。 開催日の内容は異なるため裏面を確認の上、ご記入ください。 () 6月1日 (土) () 7月27日 (土) () 7月28日 (日) () 8月17日 (土) () 9月21日 (土) () 11月2日 (土)				
白衣試着体験希望	※どちらかに○をしてください。		希望する ・ 希望しない		
オープンキャンパス 情報取得方法	・ ホームページ ・ ポスター ・ 進路指導の先生 ・ 担任 ・ 家族 ・ 親戚 ・ その他 ()				

※提供者していただいた個人情報は、オープンキャンパスの準備に使用致しません。オープンキャンパス終了後、速やかに裁断後破棄します。