

貴中学校名 |

中学校

ご担当者名 |

開催日 |

年

月

日 開催

○を付けて
ください。

体験入学 ・ 学校説明会

	氏名	希望学科	アレルギー有無	保護者の参加
1	ふりがな() 男・女	<input type="checkbox"/> 普通科(医療系進学・ファッション) <input type="checkbox"/> 食物科 <input type="checkbox"/> 看護科・看護専攻科 <input type="checkbox"/> 福祉科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名
2	ふりがな() 男・女	<input type="checkbox"/> 普通科(医療系進学・ファッション) <input type="checkbox"/> 食物科 <input type="checkbox"/> 看護科・看護専攻科 <input type="checkbox"/> 福祉科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名
3	ふりがな() 男・女	<input type="checkbox"/> 普通科(医療系進学・ファッション) <input type="checkbox"/> 食物科 <input type="checkbox"/> 看護科・看護専攻科 <input type="checkbox"/> 福祉科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名
4	ふりがな() 男・女	<input type="checkbox"/> 普通科(医療系進学・ファッション) <input type="checkbox"/> 食物科 <input type="checkbox"/> 看護科・看護専攻科 <input type="checkbox"/> 福祉科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名
5	ふりがな() 男・女	<input type="checkbox"/> 普通科(医療系進学・ファッション) <input type="checkbox"/> 食物科 <input type="checkbox"/> 看護科・看護専攻科 <input type="checkbox"/> 福祉科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名
6	ふりがな() 男・女	<input type="checkbox"/> 普通科(医療系進学・ファッション) <input type="checkbox"/> 食物科 <input type="checkbox"/> 看護科・看護専攻科 <input type="checkbox"/> 福祉科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名
7	ふりがな() 男・女	<input type="checkbox"/> 普通科(医療系進学・ファッション) <input type="checkbox"/> 食物科 <input type="checkbox"/> 看護科・看護専攻科 <input type="checkbox"/> 福祉科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名
8	ふりがな() 男・女	<input type="checkbox"/> 普通科(医療系進学・ファッション) <input type="checkbox"/> 食物科 <input type="checkbox"/> 看護科・看護専攻科 <input type="checkbox"/> 福祉科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名
9	ふりがな() 男・女	<input type="checkbox"/> 普通科(医療系進学・ファッション) <input type="checkbox"/> 食物科 <input type="checkbox"/> 看護科・看護専攻科 <input type="checkbox"/> 福祉科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名
10	ふりがな() 男・女	<input type="checkbox"/> 普通科(医療系進学・ファッション) <input type="checkbox"/> 食物科 <input type="checkbox"/> 看護科・看護専攻科 <input type="checkbox"/> 福祉科	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1名 <input type="checkbox"/> 2名 <input type="checkbox"/> 3名

※記入欄が不足した場合は、お手数ですがコピーをお願いいたします。※締切後、参加者名簿をFAXにて送信いたしますので、ご確認をお願いいたします。

お申込みFAX

0944-72-5218

■お問い合わせ

TEL.0944-72-5216