

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 ①令和3年7月31日(土) 14:00~15:00()
②令和3年9月26日(日) 14:00~15:00()
(御希望日をお選び下さい)

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①令和3年7月29日(木)、②令和3年9月22日(水)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