

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5年7月22日(土) 10:30~11:30()
②令和5年8月19日(土) 10:30~11:30()
(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5年7月20日(木)、②令和5年8月17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