

## 2019年度 オープンスクール参加申込書

ふりがな		性別	男性 女性
氏名		(○で囲んでください)	
該当するものを ○で囲んでください	中学生 高校生 社会人 その他 ( )		
学校名		学年	
保護者氏名 (保護者の方が 出席の場合)			
参加希望日 (参加を希望する日に ○をつけてください)		第1回：6月22日(土) 9時～12時	
		第2回：7月20日(土) 9時～12時	
		第3回：8月4日(日) 9時～12時	
		第4回：8月25日(日) 9時～12時	

【 申 込 先 】

(FAX送付) FAX : 024-921-0188

( 住 所 )

〒963-8023  
福島県郡山市緑町26番14号  
太田看護専門学校

【問い合わせ先】

TEL : 024-925-6688

【 そ の 他 】

- ・ 個人情報適切に管理いたします。
- ・ 全体把握のためキャンセルの際には、お電話頂けますようお願いいたします。
- ・ 1週間ぐらい前までに申し込みください。前日の連絡でもお受けしております。