

# オープンキャンパス申込書

~~6/15 (土)~~ ~~7/20 (土)~~ ~~8/17 (土)~~

~~9/14 (土)~~ 10/19 (土)

ふりがな		年齢
名前		歳
		男・女
電話番号	- -	
メールアドレス		
学校名		
希望日	<input type="checkbox"/> <del>6/15 (土)</del> 10:00~12:00 <input type="checkbox"/> <del>7/20 (土)</del> 10:00~12:00 <input type="checkbox"/> <del>8/17 (土)</del> 10:00~12:00 <input type="checkbox"/> <del>9/14 (土)</del> 10:00~12:00 <input type="checkbox"/> 10/19 (土) 10:00~12:00	
保護者同伴	無 ・ 有	
留学生の方	国籍：	
会場までの移動手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 徒歩	
その他		

お申込みはHPの問い合わせフォーム又はメールで

TEL : 052-665-6526 E-mail:kaigo@shoumei.or.jp

昌明福祉専門学校