オープンキャンパス参加申込ＦＡＸ送信票

●申込者様情報

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 |  |
| お名前（ふりがな） |  |
| 出身高校 |  |
| 郵便番号 | 　　　　　－ |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

●オープンキャンパス参加日

（参加を希望される日に☑してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| （１）令和５年７月30日 | □ |

|  |  |
| --- | --- |
| （２）令和５年８月20日 | □ |

|  |  |
| --- | --- |
| （３）令和６年３月17日 | □ |

●その他

|  |  |
| --- | --- |
| その他 | ご質問等 |

日南看護専門学校

ＴＥＬ　０９８７－２３－１８８３

ＦＡＸ　０９８７－２３－１８８７