

盛岡市医師会附属盛岡准看護学院
学校見学会 参加申込書

ふりがな		性別	男・女
氏名			
住所	(任意記入。市町村単位など、簡単で結構です。)		
連絡先 電話番号			
学校名・所属施設名 学年・年齢	年生 歳		
参加希望日に○をつけて下さい ① 令和5年8月26日(土) 10時 ~ 11時 ② 令和5年9月9日(土) 10時 ~ 11時			

↓複数参加を希望する場合はご記入下さい

同伴者 人 (保護者・友人・その他)

ふりがな 氏名	学校名・学年 所属施設名・年齢 など	連絡先 電話番号

当日お聞きしたいことがありましたらお書きください

※当学院の駐車場は使用できません。公共交通機関または有料駐車場をご利用ください。
※来校時はマスクの着用をお願い致します。上履きをご持参ください。

お申込みは、下記まで電話・FAX・メールでお願い致します。

T E L : 019-622-5872

F A X : 019-625-5504

E-mail : morijun@cyber.ocn.ne.jp