

オープンキャンパス 参加申込書



FAX 返信先
088-686
5447

*希望する日程に○を付けてください。

	第1回	令和2年8月22日(土)
	第2回	令和2年8月29日(土)

*参加申込者の氏名(フリガナ)・住所・年齢・性別・電話番号について、記入してください。

フリガナ		年齢	性別
氏名		歳	男・女
住所	〒		
電話番号	※日中連絡が取れる方の番号を記載してください。 — — 続柄 ()		

高校生の方は高校名を記入してください。

高校名	
-----	--

*申込締切日 令和2年8月14日(金)まで

問合わせ先

〒772-0002 徳島県鳴門市撫養町芥田字見白 36-1

徳島県鳴門病院附属看護専門学校

TEL ; 088-686-4417

FAX ; 088-686-5447