様式2

FAX

088－686－5447

**申 　込 　書**

**希望する日を選択し、どちらかに〇を付けてください。**

**両日とも受付12：30～です**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **第1回** | **令和５年８月25日（金）** |
|  | **第2回** | **令和５年８月26日（土）** |

**下記の表に参加申込者の氏名（ふりがな）・年齢・性別・連絡先をご記入ください。**

**※個人情報はオープンキャンパス以外の目的には使用いたしません。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢 | | 性別 |
| 氏　名 |  |  | 歳 | 男・女 |
| 連絡先 |  | | | |

申込締切日　　　　**令和５年 8月10日(木)**まで

　　　　 問い合わせ先

〒　772－0002　　　徳島県鳴門市撫養町斉田字見白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