



**【団体用】七尾看護専門学校  
オープンキャンパス申込書 (FAX送信票)**

参加者情報			希望内容	
ふりがな 氏名	学年	男・女	参加希望日	3月23日(土)
〒 ー 住所			保護者の参加	有( 名)・無
TEL (携帯・自宅)			個別相談希望	有・無
Mail				
ふりがな 氏名	学年	男・女	参加希望日	3月23日(土)
〒 ー 住所			保護者の参加	有( 名)・無
TEL (携帯・自宅)			個別相談希望	有・無
Mail				
ふりがな 氏名	学年	男・女	参加希望日	3月23日(土)
〒 ー 住所			保護者の参加	有( 名)・無
TEL (携帯・自宅)			個別相談希望	有・無
Mail				
ふりがな 氏名	学年	男・女	参加希望日	3月23日(土)
〒 ー 住所			保護者の参加	有( 名)・無
TEL (携帯・自宅)			個別相談希望	有・無
Mail				
ふりがな 氏名	学年	男・女	参加希望日	3月23日(土)
〒 ー 住所			保護者の参加	有( 名)・無
TEL (携帯・自宅)			個別相談希望	有・無
Mail				
送信先			送信元	
七尾看護専門学校 FAX 0767-53-6548 TEL 0767-52-9988			学校名及び送信者名	

※オープンキャンパスの数日前に、記入して頂いたご住所宛に本校より受付票を送付いたしますので当日持参してください。