

# F A X 送 信 票

○送付先：島根県立石見高等看護学院

担当：山田・峯尾・藤田・河上 行

F A X : 0 8 5 6 - 2 3 - 3 4 6 2

## 令和6年度 島根県立石見高等看護学院 オープンキャンパス参加申込書

1. 下記の表に必要な事項を記入の上、FAXにて送信して下さい。

高 校 名		学 年	
ふ り が な			
氏 名			
携帯または 自宅の電話番号 (土日でも連絡の つく電話番号)	※急遽中止の場合など必要な連絡に限り使用し、オープンキャンパス終了後は適切に削除いたします。		

2. ご意見・ご要望等がありましたらご記入ください

--

### 【注意事項】

- 締め切り：令和6年6月28日(金)
- 参加の決定は、高校へFAXにて通知いたします。