

F A X 送 信 票

○送付先：島根県立石見高等看護学院

担当：室岡・青木・広川 行

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

令和3年度 島根県立石見高等看護学院 学院見学会 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			
日中必ず連絡の く電話番号			
参加希望日を2つ 選び、 第1希望に① 第2希望に② とご記入ください	7月25日(日)		
	8月1日(日)		
	8月15日(日)		

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3年7月7日(水)
- 参加の決定は、高校へFAXにて通知いたします。