

八戸保健医療専門学校
Fax:0178-72-3072

オープンキャンパス申込用紙

| | | | | |
|---------------------------|----------|------|-------------------------|-------|
| 希望学科名 ※○をつけて下さい。 | 歯科衛生士学科 | | スポーツ柔整学科 | |
| 開催日 ※○をつけて下さい。 | 開催日 | 参加に○ | 開催日 | 参加に○ |
| | 12月1日(土) | | 1月20日(日) ※スポーツ柔整学科のみ | |
| 氏名 | ふりがな: | | | |
| | | | | 同行者 名 |
| 高校名 | | | | 高校 年 |
| 勤務先名 | | | | 任意 |
| 住所 | 〒 - | | | |
| TEL | | | | |
| E-mail | | | | |
| 質問等 | | | | |
| 備考 | | | | |
| 個人情報の記載については任意とさせていただきます。 | | | | |