

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	月 日 歯科衛生士学科10時～	
	月 日 スポーツ柔整学科13時～	
氏名	ふりがな:	同行者 名
高校名		高等学校 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。		

【お問い合わせ・連絡先】

八戸保健医療専門学校 事務局

TEL0178-24-5127

E-mail azuma_810@royal.ocn.ne.jp