

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	
年齢	歳	性別	男・女
高校名		高等学校	高校 年
勤務先			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
TEL 0178-24-5127
E-mail azuma_810@royal.ocn.ne.jp