

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