

令和元年度 高崎市医師会看護専門学校准看護学科  
 オープンスクール 参加申込書(FAX専用)

准看護学科 行 FAX : 027-363-6222

申込日： 令和元年 月 日

項目	必須/任意	記載内容
お名前	(必須)	
フリガナ	(必須)	
性別	(必須)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年齢	(必須)	才
電話番号	(必須)	
メールアドレス	(任意)	
職業	(必須)	<input type="checkbox"/> 学生・生徒 <input type="checkbox"/> 中学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> その他 学年 ( )年生 <input type="checkbox"/> 社会人・主婦 <input type="checkbox"/> その他
同伴者	(必須)	<input type="checkbox"/> あり( )名 <input type="checkbox"/> なし
同伴者について	(任意)	同伴者「あり」を選択した方は下記より選択してください。 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> その他
オープンスクールについてどこで知りましたか？	(任意) ※複数回答可	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> ポスター・チラシ <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他
備考(ご質問・ご要望等)	(任意)	

\* 上記の項目に記入のうえ、ご送信ください。

\* 記載された個人情報は、本オープンスクールに関わる目的以外に使用いたしません。

<p>【問い合わせ先】            高崎市医師会看護専門学校 准看護学科            担当 反町・中村(美)・中村(結)            TEL 027-360-3300(代表)            027-363-3555(准看護学科直通)            FAX 027-363-6222</p>
---