

令和3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3年 月 日

項目	必須/任意	記載内容
希望日時	(必須)	①～④のいずれか一つお選び下さい <input type="checkbox"/> ① 7/31(土) 10時～11時 <input type="checkbox"/> ② 7/31(土) 14時～15時 <input type="checkbox"/> ③ 8/4(水) 10時～11時 <input type="checkbox"/> ④ 8/4(水) 14時～15時
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
住所	(必須)	
電話番号	(必須)	
メールアドレス	(必須)	
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 学校名 () <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 ※新型コロナウイルス感染拡大防止のため、できるだけ同伴はお避け下さい。
同伴者について	(必須)	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。

【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)
 TEL 027-360-3300(代表)
 027-363-3555(准看護学科直通)
 FAX 027-363-6222