**あオープンスクール参加申込書（ＦＡＸ送信用）あ**

申込日　　　月　　　日

**※添書不要　　　　　ＦＡＸ：０２４－９３５－５２３３**

**・参加期日に〇を付けてください。**

**（　　）　７／２６（土）**第１回オープンスクールに参加　申込期限 ７月８日（火）

**（　　）１０／２５（土）**第２回オープンスクールに参加　申込期限 10月８日（水）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　名 | 年齢・（学年） | 性　別 |
| １ | ふりがな | 歳  年 | 男 ・ 女 |
|  |
| ２ | ふりがな | 歳 | 男 ・ 女 |
|  |
| ３ | ふりがな | 歳 | 男 ・ 女 |
|  |
| ４ | ふりがな | 歳 | 男 ・ 女 |
|  |
| ５ | ふりがな | 歳 | 男 ・ 女 |
|  |

　○中・高校生の方は、進路担当の先生にお申込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 貴所属  （貴 校 名） |  |
| ご連絡先 |  |
| 進路ご担当  先生 |  |

　　 一般社団法人 郡山医師会**郡山看護専門学校**

*ＫＯＲＩＹＡＭＡ ＳＣＨＯＯＬ ＯＦ ＮＵＲＳＩＮＧ*

〒963-8031　福島県郡山市字上亀田１４－４

電話番号(024)953-3155　看護学科(024)934-2660（直通）

ＦＡＸ(024)935-5233　准看護学科(024)932-0441（直通）

ホームページ　http://www.k-kango.or.jp/