

いわき市医療センター看護専門学校

令和4年度 学校見学会 参加申込書

ふりがな				
氏名				
学校名	高校	<input type="checkbox"/> 3年生	<input type="checkbox"/> ()年生	<input type="checkbox"/> 卒業
TEL	※	FAX		
E-mail				

※ 必ず連絡がつく番号の記入をお願いします。

ご希望される日程に○印をつけて下さい。

日 程			第一希望	第二希望
第1回	令和4年8月4日(木)	10:00~12:00		
第2回	令和4年8月4日(木)	13:30~15:30		
第3回	令和4年8月5日(金)	10:00~12:00		
第4回	令和4年8月5日(金)	13:30~15:30		

※ 申込期限は、すべての日程において、令和4年7月29日(金)です。

ただし、申込期限前に定員に達した場合は、申込期限前であっても締め切らせていただきます。

※ 申し込み方法は、FAXかEメールのほか、学校の受付窓口まで持参して下さい。(電話での受け付けはいたしません。)

※ 参加日程の決定は、第一希望どおりとなった場合は連絡いたしません。

第一希望以外となった場合のみ、連絡いたします。

<申込・問合せ先>

〒973-8402
福島県いわき市内郷御厩町三丁目91番地の1
TEL (0246)27-1200
FAX (0246)27-1210
E-mail iryo-c-kango-c@city.iwaki.lg.jp

※ お申込の個人情報は、学校見学会の受付のみに使用し、それ以外の目的のために利用することはありません。