

北見医師会看護専門学校 学校説明会 申込み用紙

(ふりがな) 氏名	(才) 性別 男・女 准看護師免許の有無 (有・無)
学校 または 勤務先	
現住所 (連絡先)	〒(-) Ⅸ() - -

学校単位でお申し込みされる場合は、学年・人数とお名前を記載してください。

_____人

年 氏名 _____	年 氏名 _____
年 氏名 _____	年 氏名 _____
年 氏名 _____	年 氏名 _____
年 氏名 _____	年 氏名 _____
年 氏名 _____	年 氏名 _____

ご質問・ご相談があれば、当日個別相談時お答致しますのでご記入ください。

*受付できない場合は、電話でご連絡いたします。

※本校で知り得た個人情報は、「本校の学校説明会」に使用する以外の目的で利用いたしません。