

八戸保健医療専門学校
Fax: 0178-72-3072

オープンキャンパス申込用紙

希望学科名 ※○をつけて下さい。		歯科衛生士学科		スポーツ柔整学科	
オープンキャンパス		開催日時	参加に○	開催日時	参加に○
		5月20日(土)		7月22日(土)	
開催日時	参加に○	開催日時	参加に○	開催日時	参加に○
8月19日(土)		9月16日(土)		12月2日(土)	
氏名	ふりがな:				
	同行者 名				
高校名	高校 年				
勤務先名	任意				
住所	〒 -				
TEL					
E-mail					
質問等					
備考					
個人情報の記載については任意とさせていただきます。					