

送信日 年 月 日

F A X 送信票

送信先 函館市医師会看護・リハビリテーション学院 行

Fax No. 0138-36-0081

令和7年度 函館市医師会看護・リハビリテーション学院 オープンキャンパス参加申込

(令和8年度受験希望者対象)

学校名または勤務先：

連 絡 先：

【 実 施 日 】

令和 7 年 8 月 5 日 (火)

< 区 分 >

A 午前の部 : 9 : 3 0 ~ 1 2 : 0 0 (受付 09 : 00 ~ 09 : 20)

B 午後の部 : 1 3 : 3 0 ~ 1 6 : 0 0 (受付 13 : 00 ~ 13 : 20)

※ 定員 A、B共に40名

参加区分	学年	フリ ガ ナ 氏 名	性別	保護者参加 (人数)	備 考
A・B					

参加区分に○を付して下さい

* 申込者には別途ご連絡します