**平成29年度　第４回　オープン・キャンパス**

**参加申し込みＦＡＸ用紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |
| **年齢** |  | **性別** | **男　・　女** |
| **住所** |  | | |
| **連絡先** |  | | |
| **在学状況**  **※○印をつけて下さい** | **社会人・学生（学校名：　　　　　　　　　　）**  **（学年：　　　　　　　年生）** | | |
| **同行者の**  **人数** | **名　参加希望者との関係（　　　　　　　　　）** | | |
| **※質問、等があればお書き下さい。** | | | |

**はくほう会医療専門学校　明石校　　事務室**

**ＴＥＬ：（０７８）９９５－５１２６**

**ＦＡＸ：（０７８）９９５－５１２７**