

F A X 送 信 票

折尾愛真高等学校 宛

令和元年 月 日

中学校

担当者 ご氏名

第4回学校見学会 “受験の愛真” 参加申し込み

1	参加生徒 氏名 (ふりがな)	性別	授業体験		保護者参加の有無 (いずれかに○を)
			番号	コース名	
2					有・無
3					有・無
4					有・無
5					有・無
6					有・無
7					有・無
8					有・無
9					有・無
10					有・無
11					有・無
12					有・無
13					有・無
14					有・無
15					有・無

参加生徒数	人
参加保護者数	人
引率教員数	人
合 計	人

※授業体験については、下記の番号・コース名をご記入下さい。

1,特進/普通 2,介護福祉士 3,保育
4,看護 5,商業 6,美容専科 7,製菓衛生師

送信先 FAX番号 093-692-5690