

F A X 送 信 票

平成30年 月 日

折尾愛真高等学校 宛

中学校

担当者 ご氏名

第1回学校見学会“発見の愛真”参加申し込み

下表に、参加希望者の氏名（ふりがな）・性別・現在興味がある科/コース・保護者参加の有無をご記入下さい。科/コースについては、下の枠内を参考にご記入下さい。

特別進学コース	普通コース	介護福祉士コース	保育コース
商業コース	美容専科コース	製菓衛生師コース	看護科

参加生徒 氏名（ふりがな）	性別	現在、興味がある学科・コースがあれば ご記入下さい。 複数回答可/無い場合は“なし”	保護者参加の有無 (いずれかに○を)
1			有 ・ 無
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

※人数が10名以上になる場合は、コピーしてお使い下さい。

参加生徒数	人
参加保護者数	人
引率教員数	人
合 計	人

送信先 FAX番号

093-692-5690