

# オープンキャンパス 参加シート

## 記入後、受付にお渡しください

「※」は必須項目です

(フリガナ)		※性別	※□には✓をお願い致します	
※お名前		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 高校生・その他学生	
※生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 社会人	
			<input type="checkbox"/> 教員(高校・予備校・塾など)	
			<input type="checkbox"/> その他(上記以外の方)	( )
※ご住所	県 市 (番地等の記載は不要です)			
※TEL	— —			
※学校名			<input type="checkbox"/> 高等学校	<input type="checkbox"/> ( )年生
			<input type="checkbox"/> 大学	<input type="checkbox"/> 既卒
			<input type="checkbox"/> 専門学校	<input type="checkbox"/> 高卒認定
※同伴者(保護者)の方の人数	人			

■ 記入いただいた個人情報は統計的集計等を行うために使用いたします。

■ 学校案内やチラシ、広報媒体の使用のために、写真撮影を行っております。  
ホームページに掲載される場合があります。  
予めご了承ください。

地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院  
旭中央病院附属看護専門学校  
住所: 〒289-2511  
千葉県旭市イの1182番地  
電話: 0479-63-8111(代表)  
FAX: 0479-62-3748