

添書不要

団体申込用

FAX：024-983-5011

ポラリス保健看護学院入試係 行

令和6年度 オープンキャンパス申込書

高校名： _____ 高等学校

参加希望日	開催日	開催時間
	6月15日(土)	10:00~12:00 (9:45 集合) ※9/14 は文化祭の一般公開のため説明会は ありません。 10~14 時の間で質問ブースを設置します。
	7月20日(土)	
	8月 8日(木)	
	8月17日(土)	
	9月14日(土)	
	10月12日(土)	
	11月 9日(土)	

※参加希望日に「○」をつけて下さい。

※参加希望日が複数ある場合は、コピーをして日付毎の申込書を作成しお送り下さい。

No	氏名	学年	同伴者 (父兄 等)	No	氏名	学年	同伴者 (父兄 等)
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

※同伴者は、本人との関係のご記入をお願いします。

※当日は上履きをご持参下さい。

ポラリス保健看護学院入試係

TEL 024-983-5010

FAX 024-983-5011

ご希望の説明会開催日の3日前迄にお申し込みください