

## 学校説明会申込票

・参加希望日（希望日に○を記入してください）

1. 平成 29 年 7 月 22 日（土）AM10:00～12:00
2. 平成 29 年 7 月 27 日（木）AM10:00～12:00
3. 平成 29 年 8 月 26 日（土）AM10:00～12:00
4. 平成 29 年 9 月 9 日（土）AM10:00～12:00
5. 平成 29 年 10 月 14 日（土）AM10:00～12:00
6. 平成 29 年 11 月 11 日（土）AM10:00～12:00

・参加者名、年齢

ふりがな

---

（      歳）

・住所（市区町村まで）

---

・連絡先（電話番号）

---

大宮医師会立 大宮准看護学校  
埼玉県さいたま市北区東大成町 2-107 大宮医師会館 3 階  
TEL 048-778-7567 FAX 048-776-9735