

## オープンキャンパス参加申込書

(ふりがな) 氏名		
年齢		性別 男 ・ 女
携帯電話番号		
職業等 ※いずれかに○をつけて下さい。	社会人 高校生 短大生 大学生 その他 ( )	
参加希望日 ※いずれかに○をつけて下さい。 (複数可)	① 7月15日	
	② 8月5日	
	③ 9月16日	
	④ 10月7日	
希望課程 ※いずれかに○をつけて下さい。	看護学科3年課程	
	看護学科2年課程	
	准看護科	
	助産学科	

京都府医師会看護専門学校 事務室

メール：[kangogakkou@kyoto.med.or.jp](mailto:kangogakkou@kyoto.med.or.jp)

FAX：075-502-9504