

( 年 月 日送信)

# 学校見学会 体験入部申し込み用紙

関東学園大学附属高等学校 \_\_\_\_\_ 部 宛て

中学校

担任または

顧問

先生

	ふりがな 参加者氏名	生年月日 (平成〇年〇月〇日)	参加予定日 (○印 複数回可)
1			8/27 9/4
2			8/27 9/4
3			8/27 9/4
4			8/27 9/4
5			8/27 9/4
6			8/27 9/4
7			8/27 9/4
8			8/27 9/4
9			8/27 9/4
10			8/27 9/4

※ 保険加入の都合から参加予定日の記入もお願い致します。

関東学園大学附属高等学校

TEL 0276-74-1213

FAX 0276-74-5920