

F A X 送 信 書

学校見学申込書

送信日 令和 年 月 日

氏名	フリガナ
	(歳) 男・女
中学校名	中学校
該当箇所に○をつけて下さい。	中学生・保護者・先生・その他()
見学希望日時	令和 年 月 日()
連絡先	TEL
	FAX
	Mail
見学したいもの、質問などをお書きください。	

※ 皆様の個人情報は、学校法人松韻学園の入学案内や入学関連情報の送付、また、お電話でのご確認のみに使用し、ご本人様の承諾なしに第三者に提供することはいたしません。

送信先 FAX 024-534-9881
学校法人松韻学園福島高等学校
(担当 : 佐藤 憲)