

F A X 送 信 書

学校見学申込書

送信日 平成 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 | 平成 年 月 日 () |
| 連絡先 | T E L — |
| | F A X — |
| | M a i l |
| 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 : 田中 瑞己)