

FAX 通信**送付先FAX 番号 045-594-9014**

送信日	平成 年 月 日
送信者	送信者氏名 () 連絡先電話 ()
受信者	横浜健育高等学院 学院長 佐竹 誠 司 宛 電話 045-594-9012
内容	学院説明会 参加申込書

下記の参加希望の説明会を○で囲んでください。

1 学院説明会 (中学校2年生 保護者対象)

2 学院説明会 (中学校1年、小学校5・6年生 保護者対象)

参加希望者は 次の項目にすべてご記入ください。

(1) 生徒(児童)氏名 ()

(2) 学校名 ()

(3) 学年・学級 (年 特支級・通常級)

(4) 参加保護者氏名 ()

(5) 連絡先電話 ()

参加希望日 第1希望 第 回 (月 日)

第2希望 第 回 (月 日)

* 指定開催日から選んでください。なお、ご希望に添えない場合もあります。
連絡先電話番号を必ずご記入ください。