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	参 加 申 込 書

募集説明会（保護者対象）・オープンキャンパス（生徒対象）・学院説明会

※上記のいずれかの参加希望を〇で囲み、次の項目をすべてご記入ください。

（1）　生 徒 氏 名　（　　）

（2）　中 学 校 名　（　　）

（3）　学年・学級　（　　年　　特支級・通常級　）

（4）　保護者氏名　（　　）

（5）　連絡先電話　（　　）

（6）　参加希望日　（　　月　　日　）

募集説明会（担任対象）

※上記を〇で囲み、次の項目をすべてご記入ください。（3）は該当を〇で囲んでください。

（1）　参加者氏名　（　　）

（2）　中 学 校 名　（　　）

（3）　担　　当　（特別支援学級・通常学級・進路指導・コーディネーター）

（4）　連絡先電話　（　　）

（5）　参加希望日　（　　月　　日　）