　FAX : 送信先：(098)889-3667

南風原分教室学校見学申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校見学希望日  （希望する順位を数字で記入して下さい） | | **７／６**  **（水）** | | **７／７**  **（木）** | | **７／８**  **（金）** | |
|  | |  | |  | |
| 学校名 |  | | | | | | |
| 校長氏名 |  | | | | | | |
| 連絡先 | TEL　 　（　　　　）  FAX　　 （　　　　） | | | | | | |
| 引率職員  氏名 |  | | | | | | |
| 生徒 | 氏　名 | | 学　年 | | 氏　名 | | 学　年 |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |  |
| 生徒人数合計 | | | | 名 | | |
| 保護者  参加人数 | 名 | | | | | | |
| 参加人数合計 | 名 | | | | | | |