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 |