

見学会申込票

ファックス番号 078-794-6637

		申込日		令和	年	月	日	
ふりがな				年 齢				
氏名								
電話番号	()	—	ファックス番号	()	—			
見学希望コース	福祉調理コース							
日 時 (希望するものに○を 入れてください。)	①	()	7月28日(日)	10:00~12:00	(受付 9:30~)			
	②	()	8月16日(金)	13:30~15:30	(受付 13:00~)			
	③	()	8月26日(月)	13:30~15:30	(受付 13:00~)			
	④	()	随時見学 (希望する日時を以下に記入してください)					
	<ul style="list-style-type: none">• 平日の10時~12時・13時~16時の間で随時見学を受け付けています。• 見学を希望される日時を記入してください。• 授業等の都合により、ご希望の日時にお受けできない場合もありますので、<u>昼間に連絡の取れる電話番号を必ずご記入ください。</u> <u>折り返しお電話させていただきます。</u>							
第一希望：		___月___日 (___)	___時___分 ~					
第二希望：		___月___日 (___)	___時___分 ~					

*詳しいことは、募集担当までお問合せください。

県立神戸高等技術専門学院
〒651-2102 神戸市西区学園東町5丁目2番
TEL 078-794-6630
FAX 078-794-6637

*お送りいただいた情報は、学院の見学に関する業務以外には一切使用致しません。
(令和元年10月生用)