①電話　0186-43-6510、②FAX　 0186-43-6711

③E-Mail　wwwadm@well.ac.jp　、④在籍高校の先生からのご連絡など、お気軽にお申し込みください。

-----------------------------------------------------

秋田看護福祉大学教務部教務課入試係　行

令和３年度秋田看護福祉大学オープンキャンパス参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| **参 加 日****(○をしてください)** | 第１回【7/11(日)】　・　第２回【8/7(土)】　・　第３回【9/5(日)】　・　第４回【3/12(土)】 |

|  |  |
| --- | --- |
| **志望学科****(○をしてください)** | 看護学科　・　医療福祉学科 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申込日** | 令和　　　年　　　月　　　日 |  |
| **ふりがな****参加者氏名** |  | **性　別** | 男　　・　　女 |
| **連絡先** | （　　　　）　　　　－ |
| **現住所** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　都道〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　府県 |
|  |
| **高校名** | 　公立・私立　　　　高等学校 | **学年** | ３ ・ ２ ・ １既卒(H・R　年3月卒) |
| 保護者等と参加の有無 | 有　（　　人　続柄：　　　　　　　　）　　・　　無 |

※記載いただいた個人情報は、大学案内に関する業務のみに使用し、他の目的には一切使用いたしません。また、個人情報は厳重に管理することをお約束いたします。

【担当部署】

秋田看護福祉大学教務部教務課

〒017-0046秋田県大館市清水2－3－4

電話　0186(43)6510　FAX　 　0186(43)6711　E-Mail　 wwwadm@well.ac.jp