

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