

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 () 9月13日(火) 11:00~11:30 (受付 10:30~)						
	② () 9月15日(木) 15:00~15:30 (受付 14:30~)						
③ () 随時見学 (希望する日時を以下に記入してください)							
・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 ~							

*詳しくは、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4年10月生用)