

新宿セミナー 主催 2019年度  
看護系医療系 進路講演会申込書

ご記入日 年 月 日

貴校名 \_\_\_\_\_ (都・県) 立 \_\_\_\_\_ 高等学校  
(フルネーム)  
ご担当先生名 \_\_\_\_\_ (校務分掌 \_\_\_\_\_ )  
TEL \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

●実施のご希望日時

集合時間 時 分

第一希望 年 月 日 ( ) 時 分 から 時 分 ( 分間)  
第二希望 年 月 日 ( ) 時 分 から 時 分 ( 分間)

●講演対象 (○で囲み、およその参加合計人数を、ご記入ください。)

高3	高2	高1	保護者	教員	合計	名
----	----	----	-----	----	----	---

●志望内訳 (○で囲み、各々の参加人数を、ご記入ください。)

看護系	リハビリ	放射線	臨床検査	歯科衛生	歯科技工	その他
< 名>	< 名>	< 名>	< 名>	< 名>	< 名>	< 名>

●その他、講演内容等のご要望がございましたら、お書きください。

●参加生徒への名簿取得について

希望者のみ可  不可  
※ご記入頂きました個人情報は、本校の進学資料や案内の送付以外の目的に使用することはありません

※以下、新宿セミナー使用欄

／	扱	受	／	扱	受	／	扱	受	備考欄
／		処	／		処	／		処	

看護医療系予備校



本部 ☎03-6300-0731

〒151-0053  
東京都渋谷区代々木1-12-8  
受付時間 10:00-17:00  
(土・日・祝を除く)