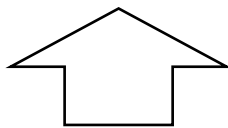


学校用

# 大岡学園高等専修学校

FAX:0796-24-2282



## 大岡学園高等専修学校 令和5年度体験入学参加申込書

申込者	学校名				
	担当者名				
	住所	〒  TEL( )			
体験・公開授業 希望日		希望に○印	体験日	内容	締切日
	①		7月28日(金)	クラフト	7月25日(火)
	②		9月30日(土)	Word・Excel	9月26日(火)
	③		10月18日(水)	公開授業(午前)	10月10日(火)
				公開授業(午後)	
	④		10月21日(土)	PowerPoint	10月17日(火)
	⑤		11月11日(土)	電卓	11月7日(火)
	⑥		12月27日(水)	中国語	12月22日(金)
	フリガナ 氏名	学年	保護者参加 有無	備考	
1		年	有・無		
2		年	有・無		
3		年	有・無		
4		年	有・無		
5		年	有・無		
【備考】※参加される生徒さんで、本校が配慮させていただくべき点等がございましたらご記入ください。					
先生引率(有・無) 引率者氏名( )					