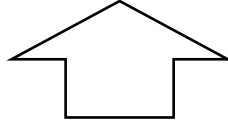


学校用

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6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27日(土)	作品作り	7月26日(金)
	②		8月24日(土)	Word	8月23日(金)
	③		9月28日(土)	造形アート	9月27日(金)
	④		10月16日(水)	公開授業(午前)	10月15日(火)
				公開授業(午後)	
	⑤		11月16日(土)	韓国語	11月15日(金)
	⑥		12月24日(火)	Excel	12月23日(月)
	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()					