

学校見学説明会 申込書 (FAX申込用)

下記事項にご記入の上、本校までFAXをご送信下さい。
送信先:大阪歯科大学 歯科技工士専門学校
FAX:072-857-0080

フリガナ	
氏名	
ご住所	〒 - 都道 府県
お電話番号	☎
e-mail	
学年等	・高校____年 ・大学____年 ・社会人 ・その他()
所属(卒業)学校名	昭和 年 卒業 平成 年 卒業
説明会参加ご希望日	平成____年____月____日の学校見学説明会に参加します。
ご家族・お友達も 一緒に！	付添人数 人
その他ご連絡事項	

