

文星芸術大学附属高等学校 一日体験学習参加申込書

F A X 送信票

送信年月日 平成 30 年 月 日

《送信先》

文星芸術大学附属高等学校  
「一日体験学習」係

TEL 028-636-8585

FAX 028-633-2321

E-mail: info\_desk@bunsei.ed.jp

《発信元》

学校名 \_\_\_\_\_ 中学校

ご担当 \_\_\_\_\_ 先生

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

	実施日	生徒	保護者	合計
参加人数	8月3日(金)	名	名	名
	8月4日(土)	名	名	名
	合計	名	名	名

6月末日での参加予定人数をご記入ください。

保護者の人数は概数で結構です。

悪天候により実施できない場合、前日までに本校ホームページにお知らせしますのでご確認ください。

その他、ご要望があればご記入ください。