

【 学校見学会申込書 】

学校名	高等学校 中学校	科	年生 P T A
希望日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分		
見学希望校	<input type="checkbox"/> 鹿児島キャリアデザイン専門学校 ※ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください <input type="checkbox"/> 鹿児島医療技術専門学校 (<input type="checkbox"/> 平川キャンパス <input type="checkbox"/> 谷山キャンパス)		
ご担当者	職名	フリガナ	
		氏名	
電話番号		FAX 番号	
携帯番号		E-MAIL	
見学予定者数	生徒 名 保護者 名 引率者 名	合計	名
来校車両	・大型バス () 台 ・中型バス () 台 ・マイクロバス () 台 ・普通車 () 台		
備考	○その他、ご要望等ございましたらご記入ください。		

【鹿児島キャリアデザイン専門学校】

〒891-0141 鹿児島市谷山中央2丁目 4173
 TEL : 099-267-2411 FAX : 099-260-1681

【鹿児島医療技術専門学校】

〈平川キャンパス〉

〒891-0133 鹿児島市平川町字宇都口 5417-1
 TEL : 099-261-6161 FAX : 099-262-5252

〈谷山キャンパス〉

〒891-0113 鹿児島市東谷山 3-31-27
 TEL : 099-260-4151 FAX : 099-267-5110



FAX 099-260-1681 (送信票不要)

原田学園専門学校 行