

2019年度 オープンキャンパス 参加申込書

下記事項にすべてご記入の上で本校にFAXをご送信おねがいたします。

**FAX 06-6879-2287**

※ FAX不可の場合はこの用紙を郵送してください。

郵送先：〒 565 - 0871 大阪府吹田市山田丘 1 - 8  
大阪大学歯学部附属歯科技工士学校 オープンキャンパス係 行

開催予定日近くなりましたら郵送にて参加詳細をお知らせいたします。

住所をお忘れなくご記入おねがいたします。

オープンキャンパス 開催予定日	① 7月20日(土)	② 9月7日(土)	③ 10月12日(土)
参加希望日に ひとつだけ○印			
	第1回参加申込み締切 7月17日(水)PM17:00	第2回参加申込み締切 9月4日(水)PM17:00	第3回参加申込み締切 10月9日(水)PM17:00
参加希望者	ふりがな		
	氏 名		
	郵便番号 〒 _____		
	住 所 _____ 都道 府県 _____		
	電話番号 ( _____ )		
	E-mail _____		
	FAX番号 ( _____ )		
	所属(卒業)学校名・学年 _____ 高校 _____ 年 _____ 大学 _____ 年 (卒業見込 / S・H _____ 年卒業) 社会人 / その他 ( _____ )		
同伴者 ※ 参加本人以外的人数	( _____ )人		