

【 学校見学会申込書 】

学校名	高等学校	科	年生
	中学校		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	合計 名
	保護者	名	
	引率者	名	
来校車両	・大型バス () 台 ・マイクロバス () 台	・中型バス () 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

F A X 0 9 9 - 2 6 0 - 1 6 8 1 (送信票不要)

または

Mail kouhou@harada-gakuen.ac.jp