

(別紙 1)

お申込みはこの用紙にご記入の上、FAXにてお送りください。  
県立小千谷西高等学校 FAX番号 0258-82-0700

平成29年度 小千谷西高等学校 体験入学参加申込書

下記の日程・人数で学校説明会に参加を申込みます。

学校名			
担当者職・氏名			
電話			
FAX			

第1回 (6月15日 (木))

申込み締切 5月26日 (金)

生徒数	保護者数	引率者数	引率者代表氏名
人	人	人	先生

(別紙 2)

お申込みはこの用紙にご記入の上、FAXにてお送りください。  
県立小千谷西高等学校 FAX番号 0258-82-0700

平成29年度 小千谷西高等学校 体験入学参加申込書

下記の日程・人数で学校説明会に参加を申込みます。

学校名			
担当者職・氏名			
電話			
FAX			

第2回(9月7日(木))・第3回(9月21日(木))

申込み締切 8月18(金)

生徒数	保護者数	引率者数	引率者代表氏名
人	人	人	先生

いずれかに○をつけてください

○記入欄	第1希望	第2希望
	9月7日(木)	9月21日(木)
	9月7日(木)	なし
	9月21日(木)	9月7日(木)
	9月21日(木)	なし
	9月7日(木)、21日(木)のいずれでも可	