

平成27年 6月19日

各 中 学 校 長 様

仁 愛 高 等 学 校
校 長 佐 藤 仁 作
(公 印 省 略)

平成27年度「体験入学」のご案内

初夏の候、貴職にはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、本校教育へのご理解とご高配を賜り厚くお礼を申し上げます。

さて、この度、本校「体験入学」を下記の通りに実施します。

ご多用中のところ恐縮ですが、このことについて関係の皆様にお伝えいただき、多くの生徒が参加されますようご高配をお願い申し上げます。

記

1. 目 的 本校の教育内容の一部を学び、高校の看護教育の実際の理解を通して、進路を
考えるうえでの情報を提供する。
2. 期 日 平成27年 7月24日 (金)
3. 場 所 仁 愛 高 等 学 校
4. 対 象 中 学 校 生 徒
5. 日 程 9 : 0 0 ~ 9 : 1 5 受 付
9 : 1 5 ~ 1 2 : 0 0 学校概要の説明・体験学習
1 2 : 0 0 ~ 進路相談 (希望者のみ)

※ 7月13日 (月)までに参加者の有無を同封の返信用FAX用紙にてご回答ください。

また、当日「進路相談」を希望する方は、その旨を記入してください。

※ お昼に軽食を用意しますので、生徒・引率者等の参加人数はもれなく記入してください。

※ 当日、生徒の体験場面などが新聞等に掲載される場合や本校の広報紙、ホームページ、
ビデオ等に収録、公開される場合があることをご了承ください。

◎ 問合せ先 仁愛高等学校 (担当: 教頭 山内 智子)

〒965-0011 福島県会津若松市鶴賀町1番5号

TEL 0242-25-0581 FAX 0242-32-3040

FAX 送信書

(仁愛高等学校 行：FAX 番号 0242-32-3040)

(添書不要)

仁愛高等学校 体験入学（7月24日（金））参加の回答

平成27年 月 日

中学校名 _____ 中学校

ご担当者氏名 _____

1. 参加者氏名

1. _____ 6. _____

2. _____ 7. _____

3. _____ 8. _____

4. _____ 9. _____

5. _____ 10. _____

※ご案内の文書と「参加申込書」のFAX用紙を送らせていただいておりますが、参加者が無い場合も、その旨をご連絡願います。よろしくお願いいたします。

◎引率者（有・無）*有の場合

代表引率者氏名 _____

教師 _____ 名 保護者 _____ 名

2. ご質問・ご希望等記入欄

--