

平成29年 7月 吉日

各 中 学 校 長 様

仁 愛 高 等 学 校
校 長 佐 藤 仁 作
(公 印 省 略)

「 体 験 入 学 」 の ご 案 内

盛夏の候、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体験し、高校の看護教育の実際の理解をして、進路を考えるうえでの情報を提供する。
2. 期 日 平成29年 7月26日(水)
3. 場 所 仁 愛 高 等 学 校
4. 対 象 中 学 校 生 徒
5. 日 程 9:00～ 9:15 受 付
9:15～12:00 学校概要の説明・体験学習
12:00～ 進路相談(希望者のみ)

※ 7月10日(月)までに参加生徒の有無を同封の返信用FAX用紙にてご回報ください。

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の掲載や本校の広報紙、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26日(水)) 参加の回答

平成29年 月 日

中学校名： _____ 中学校

(Tel _____ Fax _____)

担当者ご氏名： _____

福島県外の中学校 (〒 _____)

1. 参加生徒氏名

1. _____ 6. _____

2. _____ 7. _____

3. _____ 8. _____

4. _____ 9. _____

5. _____ 10. _____

2. 参加生徒はおりません。

※参加生徒の有無にかかわらず、該当の番号を○で囲んでご回報下さい。

◎引率者 (有・無) *有の場合

代表引率者氏名 _____

教師 _____ 名 保護者 _____ 名

3. ご質問・ご希望等記入欄

--