

稲沢高等学校体験入学担当者 宛

令和2年 月 日

FAX <0587>-24-1997

体 験 入 学 参 加 申 込 書

立	中学校	TEL	—	—
担当者		FAX	—	—

No.	希望時間 (希望に○を付けてください)	ふりがな	第1希望 講座番号	第2希望 講座番号	第3希望 講座番号	第4希望 講座番号	保護者参加 (参加の場合は ○印を記入)
		生徒氏名					
1	午前						
	午後						
2	午前						
	午後						
3	午前						
	午後						
4	午前						
	午後						
5	午前						
	午後						
6	午前						
	午後						
7	午前						
	午後						
8	午前						
	午後						
9	午前						
	午後						
10	午前						
	午後						

講座番号1, 2, 3, 8, 9は、例年希望が集中します。第1~4希望まですべて左記の講座を希望されますと、当方での人数調整ができません。講座番号4~7からも最低1つは入れるよう、生徒さんへの御指導をよろしくお願いいたします。

**申込期限 令和2年10月2日(金)**