

札幌西高校(全日制)『学校見学会』申し込み FAX 用紙 (鑑は不要です)

宛 先	札幌西高等学校(全日制)教頭 FAX 011-611-4403
発 信	市・町・村 立 中学校教頭 (ご氏名) TEL _____ FAX _____
件 名	札幌西高等学校(全日制)見学会の参加者について
担当の先生	
参加教員数	名
参加生徒数	名
参加保護者数	名
連絡事項等	

- 参加申し込みは 7月25日(木) までをお願いします。
- 例年同様、人数のみの申し込みといたしました。会場作成や資料の準備のために、正確な人数をお知らせくださいますようお願いいたします。
- 参加される生徒さんに身分証明書を携帯するようご指導ください。