

小樽双葉高校 個別相談会 申込フォーム

※調整・確認のため、メールまたは電話で連絡をさせていただきます。ご了承ください。

申込日 令和 5 年 月 日

中学校名・学年（中学校名は正式名称をお願いします）
中学校 年
生徒氏名
電話番号（連絡がある場合に使用しますので必ずご記入ください。）
メールアドレス（連絡がある場合に使用しますので必ずご記入ください。）
参加される方（参加される方すべてに✓を入れてください） ☐ 本人（中学生生徒） ☐ 保護者 ☐ その他（ ）
希望日を選んでください。（✓を入れてください） ☐ 10月28日（土） ☐ 11月11日（土） ☐ 11月25日（土） ☐ 12月9日（土） ☐ その他の日 （希望日： 月 日）
希望開始時間を選んでください。（✓を入れてください） ☐ 9：00～ ☐ 9：30～ ☐ 10：00～ ☐ 10：30～ ☐ 11：00～ ☐ 11：30～ ☐ 12：00～ ☐ その他の時間 （希望時間： 時 分～）

送付先 小樽双葉高等学校（担当 野月）

FAX 0134-22-3098