

令和2年 月 日

令和2年度 群馬医療福祉大学・短期大学部 高大連携事業

高校生の福祉施設見学ツアー 参加申込書

群馬医療福祉大学・短期大学部 学長 様

標記見学ツアーに保護者同意の上、参加申し込みをします。

学校名	
学年	
ふりがな 氏名	
生年月日	
住所	〒
電話番号	
<p><保護者承諾欄></p> <p>() (=参加者氏名)が、貴学主催の標記見学ツアーに参加することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">保護者氏名 印</p>	

参加を希望する理由（簡単で結構です）
