

土佐リハビリテーションカレッジ 学校見学申込書

【申込日】平成 年 月 日

土佐リハビリテーションカレッジ
 学校長 様

下記の通り、学校見学を申し込みます。

学校名・団体名	
所在地	〒 ー TEL : FAX : E-mail :
代表者名	
担当者名	
希望日	平成 年 月 日
希望時間	時 分 ～ 時 分
来校手段	・貸し切りバス・・・・・・・・()台 ・その他・・・・・・・・()
申込人数	合計： 人
	〔内 訳〕 生徒：()人 教職員：()人 保護者：()人 その他：()人
備考	

【提出・お問い合わせ先】

学校法人土佐リハ学院 土佐リハビリテーションカレッジ事務局
 TEL:088-866-6119 FAX088-866-6120
 E-mail : tosareha@tosareha.ac.jp