

千葉県立薬園台高等学校園芸科中学生体験入学参加申込書

送付年月日	平成 年 月 日	
宛て先	千葉県立薬園台高等学校 園芸科大島孝之宛	
	FAX番号	FAX 047-463-4039
送付者	中学校名	市立 中学校
	担当者 または 生徒氏名	担当者 生徒氏名
	電話番号	() —
	FAX番号	() —

	学年	(ふりがな) 生徒氏名	男・女	体験学習希望コース		学校職員・保護者引率の有無 (該当するものに○印を付けてください)
				回	コース名	
					第1希望	
1		()	男・女	第 回		有・無 職員・保護者名
2		()	男・女	第 回		有・無 職員・保護者名
3		()	男・女	第 回		有・無 職員・保護者名
4		()	男・女	第 回		有・無 職員・保護者名
5		()	男・女	第 回		有・無 職員・保護者名
6		()	男・女	第 回		有・無 職員・保護者名
7		()	男・女	第 回		有・無 職員・保護者名

複数回まとめて申込み可