令和５年度　岩手県立一関第一高等学校―日体験入学参加申込書

（教務課　佐々木　修　　宛）

Mail：ptf1-osamu-sasaki@iwate-ed.jp　または　Fax：0191-23-4661

立　　中学校

住　　所：〒＿＿＿-＿＿＿　＿＿＿県＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿-＿＿＿-＿＿＿　ＦＡＸ：＿＿＿-＿＿＿-＿＿＿

（※ご担当の先生：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

【引率職員】

職名	氏　　名（ふりがな）
	（　　）
	（　　）

【参加人数】

生　徒	名	保護者	名	職　員	名	合　計	名

【参加希望時間】希望する時間を〇で囲んで下さい。

第１希望	・第１回（8:30～10:30）	第２回（10:30～12:30）
第２希望	・第１回（8:30～10:30）	第２回（10:30～12:30）

【その他】※ご質問、ご意見等がありましたら、下の欄にご記入ください。

※　添書は必要ありません。このまま送信してください。

※　**７月１４日（金）までに**お知らせください。

※　申込後、申込内容に変更がある場合はご連絡ください。