

西九州大学短期大学部
 地域生活支援学科
 平成 30 年度ナイトオープンキャンパス
 参加申込 FAX 用紙

申込者氏名	
所属 ※該当するものに○を付けてください。	1. 保護者 2. 社会人 3. その他 () 4. 高校生 (学校名等)
連絡先 (電話番号)	
希望日時 ※ご希望の日時を2つ記載ください。時間については、18時～19時でご希望の開始時間を記載ください。	第1希望 月 日 時 分開始 第2希望 月 日 時 分開始
当日参加人数	
希望コース	1. 食生活支援コース 2. 福祉生活支援コース 3. 多文化生活支援コース 4. 未定
希望内容 (聞きたい事)	
その他	

☆ご注意頂きたい事項☆

- 複数人の参加の場合は、代表者の氏名・所属・連絡先等を記載ください。
- 原則、平日のみの開催です。しかし、土日祝日をご希望される際にはご相談ください。なお、本学冬季休業日(12月28日～1月4日)や本学の都合等で実施できない日時もありますので、ご了承ください。
- 原則、希望日の1週間前までにご連絡ください。お急ぎでの実施をご希望の場合は、ご相談ください。
- 高校生の方は、保護者同伴での参加をお願いいたします。

西九州大学短期大学部 入試広報課

FAX : 0952-31-3003