

保護者対象入試相談日申し込み用紙

■希望される日時 \_\_\_\_\_

■ご自宅の郵便番号／ご住所 〒 \_\_\_\_\_

■受験希望される方のお名前 \_\_\_\_\_

■保護者のお名前 \_\_\_\_\_

■中学校名 \_\_\_\_\_

入試相談をされる方は希望される日にちの5日前までにファックスでご連絡ください。

桜花学園高等学校 FAX:052-741-0169