|  |
| --- |
| **１０月１９日（火）までにＦＡＸ（本様式のみ）またはメール（本様式を添付）で送信してください。****県立錦城高等学校　ＦＡＸ番号　０７８（９２８）３７５５****メール　kinjo-hs@hyogo-c.ed.jp** |

（別紙様式）

令和３年　　月　　日

県立錦城高等学校長　様

令和３年度 オープン・ハイスクール参加者数報告様式

○担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 中 学 校 名 |  |
| 電 話 番 号 | （　　　　） |
| ＦＡＸ番号 | （　　　　） |
| 担当者　職・名前 | 　　　　　　 |
| 当日引率者　　　職・名前※ | ９日(火)職　　　　名前 |
| １０日(水)職　　　　名前 |

※引率者がいない場合は、記入の必要はありません

○参加申込者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 生徒数 | 保護者数 | 教員数 | 合計 |
| 11月　９日（火） |  |  |  |  |
| 11月１０日（水） |  |  |  |  |