

中学校用 FAX 申込み用紙

送付先：県立湊川高等学校あて FAX：(078) 691-7406

※ 送信状は不要です

湊川高校オープン・ハイスクール参加者名簿

月 日 送信

立

中学校

TEL:

FAX:

- ※ それぞれの項目について、該当するものに○を付けて下さい。
※ 給食試食を希望される場合は、実費 280 円を、当日人数分、ご持参ください。
なお、希望される方で、食物アレルギーをお持ちの方は、通信欄にその旨ご記入ください。

No	お名前 ※参加者全員のお名前をご記入 下さい(保護者・職員を含む)	○をつけてください	日程 ○をつけてください		給食試食希望 ○をつけてください
1		・生徒 ・保護者 ・職員(分掌:)	11/14	1/11	・希望する ・希望しない
2		・生徒 ・保護者 ・職員(分掌:)	11/14	1/11	・希望する ・希望しない
3		・生徒 ・保護者 ・職員(分掌:)	11/14	1/11	・希望する ・希望しない
4		・生徒 ・保護者 ・職員(分掌:)	11/14	1/11	・希望する ・希望しない
5		・生徒 ・保護者 ・職員(分掌:)	11/14	1/11	・希望する ・希望しない
6		・生徒 ・保護者 ・職員(分掌:)	11/14	1/11	・希望する ・希望しない
7		・生徒 ・保護者 ・職員(分掌:)	11/14	1/11	・希望する ・希望しない

通信欄

記載責任者 お名前