

FAX送付票

希望見学日	月 日() ※ どちらかに○をしてください。 午前 午後	
代表者氏名		
連絡先TEL	☎	
種 別	人数	学校名
中学 年		
中学 年		
他()		
保護者		
合 計		
備 考		

FAX送信先 03-3846-6682