

**FAX送信票**

宛先 埼玉県立所沢高等学校 FAX 04-2925-4448

第 ( ) 回 [ ( ) 月 ( ) 日 ]  
所沢高等学校 学校説明会申込み

申し込み日 : 令和元年 月 日 ( )

中学校名 : \_\_\_\_\_

ふりがな  
生徒氏名 : \_\_\_\_\_ ( ) 年

生徒参加 : あり ・ なし (どちらかに○を)

(保護者参加の場合)

保護者参加 : \_\_\_\_\_ ( ) 名

【連絡欄】 (何かありましたらご記入ください。)

\*生徒1名につき、1枚お送りください。