


申込FAX送信票
(この送信票のみ送信ください)

日付	平成 29 年 6 月 日 ()		
送信先	 石巻市立桜坂高等学校 (FAX番号0225-22-0556)		
件名	オープンキャンパス (7/25) 申込み		
申込み内容	ふりがな 氏名		
	連絡先(TEL)		
	中学校名	中学校	
	保護者の参加	(どちらかに○) 有り ・ 無し	
	体験授業 希望番号 (必ず第3希望まで)	第1希望	第2希望
その他			
その他			
その他			

※誤送信の場合には、お手数でも桜坂高校まで送信いただければ幸いです。