

(別紙返信用 FAX)

神戸薬科大学

「高校教員及び予備校担当者向けオープンキャンパス」

1. ご参加いただける日時に○印をご記入ください。

6月14日(火)	
6月15日(水)	

2. 御校名(所属)とご出席者氏名(漢字・ふりがな)をご記入ください。

御校名 _____

ふりがな
ご出席者氏名 _____

送信先： FAX 078-441-7693

神戸薬科大学入試課

※6/1(水)までにご返信ください。