


申込 F A X 送 信 票
(この送信票のみ送信ください)

日付	令和 6 年 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 (7/23) 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 参加希望の有無 有 ・ 無
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。