

岐阜市立女子短期大学 オープンキャンパス参加者事前確認票

希望学科 _____ 学科

来場日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前： _____

ご住所： _____

電話番号： _____

出身高校： _____ 学年： _____ 年

同伴者氏名： _____

今朝検温をしましたか？ はい いいえ

発熱や体調の異常はありませんか？ はい いいえ

※発熱や体調に異常がある方は入館いただけません。

※提供いただいた個人情報は、今回のオープンキャンパス及び新型コロナウイルス感染症の感染があった場合の緊急通知以外に使用しません。