鑑なしでこの用紙のまま送信してください

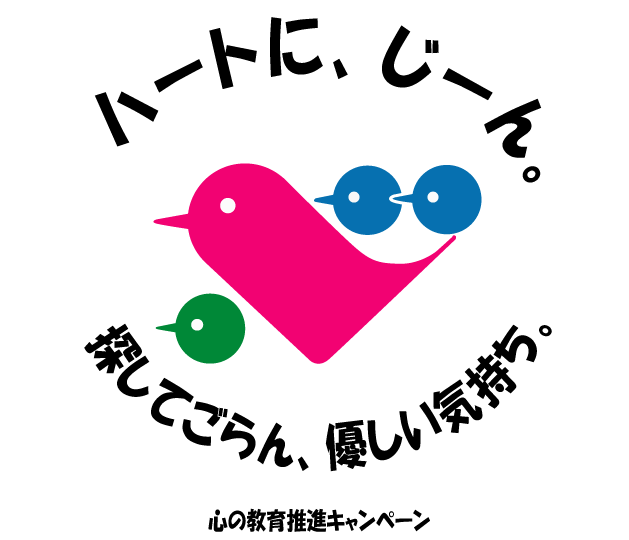
ＦＡＸ・メール送信票

|  |  |
| --- | --- |
| 送信年月日 | 令和　　　年 　　 月　　 日（　　） |
| 宛　先 | 室蘭栄高校定時制教頭　加藤　明人　宛  FAX番号 ：**０１４３－４４－３１２９**  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ ： **katouakihito@hokkaido-c.ed.jp** |
| 送信枚数 | この用紙を含めて　　 　枚です。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 標　題 | 室蘭栄高校定時制学校案内等について |
| （通信欄）  次の点について回答願います。 | |

＜送信者＞

　　　　町・市立　　　　中学校　役職

氏名

　　　　　　　　　　宛先住所・電話（室蘭栄高等学校定時制課程）

　　　〒０５０－００８３

北海道室蘭市東町３丁目２９番５号

TEL（定時制直通）０１４３－４４－３１２０

FAX（事　務　室）０１４３－４４－３１２９