

令和 年 月 日

ファクシミリ送信票

(送信先)

熊本県立済々黉高等学校 入試係

FAX 096-346-8943

(送信元)

学校名

担当者名

電話番号

(送信枚数)

A4:1枚(ファクシミリ送信票を含む)

(件名)

令和6年度(2024年度)熊本県立済々黉高等学校入学者選抜要項等の請求について(連絡)

(メッセージ)

令和6年度(2024年度)熊本県立済々黉高等学校入学者選抜要項等について、
次のとおり請求します。

来校予定日時	令和 年 月 日 時頃
--------	-------------

※平日の8:30~16:45までの時間帯でお願いします。

※セットで 配布します	入学者選抜要項	1部	セット
	入学願[後期(一般)選抜]用(水色)	1部	

※郵送を希望される場合は、別途「令和6年度 入学者選抜要項等の郵送申込書」にて申込をお願いします。

来校用