

# F A X 送信票

大阪府立生野聴覚支援学校 教頭宛

F A X 番号 : 0 6 - 6 7 1 7 - 5 8 6 5

\*9月25日(木)までに、お申込ください。

## 令和7年度 第2回学校見学会参加申込票

|     |                                    |
|-----|------------------------------------|
| 実施日 | 1 0 月 2 日 (木) 9:30~12:00 (受付9:00~) |
|-----|------------------------------------|

|     |                         |
|-----|-------------------------|
| 発信者 | 送信日 : 2 0 2 5 年 月 日 ( ) |
|     | 所属名 :                   |
|     | お名前 :                   |
|     | T E L : F A X :         |

| <見学者>           |                             | ○で囲んでください。         |                 |
|-----------------|-----------------------------|--------------------|-----------------|
| ふりがな<br>見学者のお名前 | 対象となるお子様の<br>年齢か学年をご記入ください。 | 見学を希望する学部<br>(複数可) | 情報保障<br>(手話通訳等) |
|                 | 子ども・保護者・職員<br>( 歳、小学・中学 年生) | 幼稚部・小学部・中学部        | 必要・不要           |
|                 | 子ども・保護者・職員<br>( 歳、小学・中学 年生) | 幼稚部・小学部・中学部        | 必要・不要           |
|                 | 子ども・保護者・職員<br>( 歳、小学・中学 年生) | 幼稚部・小学部・中学部        | 必要・不要           |
|                 | 子ども・保護者・職員<br>( 歳、小学・中学 年生) | 幼稚部・小学部・中学部        | 必要・不要           |
|                 | 子ども・保護者・職員<br>( 歳、小学・中学 年生) | 幼稚部・小学部・中学部        | 必要・不要           |

\*見学される方、全員のお名前をご記入ください。

|                  |
|------------------|
| 質問がある方は、ご記入ください。 |
|------------------|

\*教育相談を希望される方は、以下の情報もご記入ください。

|         |         |    |             |
|---------|---------|----|-------------|
| 在住区・市町村 | 学校名、園名等 | 年齢 | 相談者名<br>連絡先 |
|         |         |    |             |

\*就学を希望される方は教育相談を必ず受けてください。

\*後日、担当者からご連絡をさせていただく場合があります。