

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

* 6 月 2 4 日 (月) までに、お申込ください。

令和 6 年度 第 1 回 学校見学会参加申込票

実施日	7 月 1 日 (月) 9 : 3 0 ~ 1 2 : 0 0 (受付 9 : 0 0 ~)
-----	--

発信者	送信日 : 2 0 2 4 年 6 月 日 ()
	所属名 :
	お名前 :
	TEL : FAX :

< 見学者 >

○で囲んでください。

ふりがな 見学者のお名前	子どもの場合は、 年齢か学年をご記入ください。	見学を希望する学部 (複数可)	情報保障 (手話通訳等)
	子ども・保護者・職員 (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 (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 (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 (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 (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 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。