

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

* 1 0 月 3 日 (木) までに、お申込ください。

令和 6 年度 第 2 回 学校見学会参加申込票

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

発信者	送信日 : 2 0 2 4 年 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	対象となるお子様の 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。