

学校見学会 参加申し込み

令和4年 月 日

大阪府立中央聴覚支援学校 宛

学校見学会の参加を申し込みます。

学校名（施設名） 立 学校 送信者（ ）

電話番号（ ） — FAX 番号（ ） —

※希望される日時について、（ ）の中に○を入れてください。

小学部	() 6月28日(火) 10:00-12:30 ※幼稚部5歳児保護者参観・説明会と兼ねています。	() 10月11日(火) 10:00-11:30 ※公開授業・説明会と兼ねています。後日HP掲載の案内をご参照ください。
中学部	() 7月8日(金) 9:50-11:40 ※中学部授業見学会と兼ねています。後日HP掲載の案内をご参照ください。	() 9月30日(金) 10:00-11:00 ※小学6年生授業体験会と兼ねています。後日HP掲載の案内をご参照ください。
高等部	() 6月17日(金) 10:00-11:00 ※高等部の授業参観週間と兼ねています。	() 9月29日(木) 11:00-12:00 ※高等部の授業参観週間と兼ねています。
寄宿舍	() 同日に見学を希望する。 ←○をおつけください。	

フリガナ	所属学校園	いずれかを○で囲んでください。 本人欄には学年（歳）をご記入ください。
参加者名		・本人 幼・保（ 歳児） 小・中（ 年）
フリガナ		・保護者 ・教員 ・その他（ ）
参加者名		・保護者 ・教員 ・その他（ ）

教育相談の希望（当日希望 ・ 後日希望 ・ なし） ※どちらかに○をつけてください。

所属の学校園でとりまとめて、この申込書に記載のうえ（複数いる場合は、コピーをしてください）、FAXにて送信をお願いします。

見学希望日の1週間前までにお申し込みください。

FAX： 06-6762-1800

担当：大阪府立中央聴覚支援学校 首席 堀谷