FAX番号　088-844-8458　　濵村　毅　行

附属特別支援学校高等部学校見学会　申込書

令和　４　年　　　月　　　日　記入

|  |  |
| --- | --- |
| 見学希望学部 | 高等部　 |
| ふ り が な |  | 性別男　・　女 |
| 生徒氏名 |  |
| 生 年 月 日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日生まれ |
| 住　　所 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 参加する保護者名 |  |
|  |
| 在 籍 校 名 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 引率される先生の氏名 |  |

備考

１：先生の引率がない場合は斜線をお願いします。

２：申込期間は**５月１６日（月）～６月３日（金）**です。

３**：FAX送信でのお申し込みは、必ず電話にてFAX着信の確認をお取りください。**

４：申し込み書類の個人情報は、見学会のみで使用させていただき、その後は適切に処分させて頂きます。

〒780-8072　高知市曙町２丁目５－３

高知大学教育学部附属特別支援学校　担当：濵村

**電話：088-844-8450 FAX：088-844-8458**