**ＦＡＸ　088-844-8458　高知大学教育学部附属特別支援学校　小川裕代　行**

小学部見学説明会　参加申込書

* １　見学を希望する日に〇をつけてください。2日間とも希望の場合は、希望順に１、２と数

字でご記入ください（人数が多い場合に調整させていただくことがあります）。

２　次に、見学を希望する時間帯を、希望時間の欄にご記入ください。

３　説明会に参加される方は、〇をつけてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | ６月27日（月） | ６月29日（水） |
| １ | 希望する日  （〇）か（１，２）で記入 |  |  |
| ２ | 希望時間  （0：00～0：00）で記入 |  |  |
| ３ | 入試説明会の参加  （〇）で記入 |  |  |

* 必要事項をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者１  （幼児との関係） | ふりがな  （　　　　　　） |
| 参加者２  （幼児との関係） | ふりがな  （　　　　　　） |
| 対象の幼児（年長児）  見学会参加の有無 | ふりがな  男・女  見学会に　　参加する　・　参加しない |
| 参加者代表の住所、連絡先 | 住所  電話番号 |
| 現在通っている  保育園・幼稚園・療育機関 |  |

* 保護者と関係者（保育園・幼稚園・療育機関等）は別々に申し込みをお願いします。
* ６月１日（水）～６月８日(水)が申し込み期間です。
* 申し込みされた個人情報は見学会のみで使用させていただきます。その後は適切に処分させていただきます。

〒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

　電話（088）844-8450　FAX（088）844-8458　メールogawa@kochi-u.ac.jp

小学部見学説明会担当：地域支援部　小川

※FAXとメールの場合は、電話で確認をお願いします