**ＦＡＸ　088-844-8458　高知大学教育学部附属特別支援学校　田中諒平　行**

小学部体験入学　参加申込書

●体験を希望する日に〇をつけてください。**どちらでも良い場合は、両方に○を付け**

**てください。**（人数が多い場合に調整させていただくことがあります）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ６月19日（月） | ６月26日（月） |
| 希望する日  **どちらでも良い場合は両方に、〇を記入してください。** |  |  |

●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） | ふりがな  男・女 |
| 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 | 電話番号（　　　　） |
| 引率される先生の氏名 |  |

* 5月１5日（月）～5月３１日(水)が申し込み期間です。
* 6月初旬に、体験授業の日を電話連絡させていただきます。
* 申し込みされた個人情報は体験入学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rytanaka@kochi-u.ac.jp

小学部体験入学担当：地域支援部　田中

※FAXとメールの場合は、電話で確認をお願いします