**ＦＡＸ　088-844-8458　　　附属特別支援学校　　山口　洸明　行**

中学部体験入学参加申込書

令和５年　　月　　　日　記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 体験希望学部 | 中学部 | |
| ふりがな |  | 性別  男　　女 |
| 児童氏名 |  |
| 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：保護者への入学検査説明会を行いますので、先生の引率を必ずお願いします。

　２：参加申し込み期間は、５月２９日（月）～6月５日（月）です。

３：メール、FAXでの申し込みは、必ず電話にて着信の確認をとってください。

４：申し込みされた書類の個人情報は、中学部体験入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　中学部見学説明会担当　　山口　洸明

電話：088-844-8450　 FAX：088-844-8458

メールアドレス　komei\_yamaguchi@kochi-u.ac.jp