

FAX: (098) 994 - 6856

県立西崎特別支援学校 教育支援部 新城 宛

## 平成 29 年度 「学校説明会」申込書

6月16日(金) 必着

送信日:平成 29 年 月 日( )

所 属	
連絡先	電話： FAX：
担任・担当者氏名	

幼児児童生徒 氏 名	ふりがな	性別
	家庭保育・保育園(所)・幼稚園(こども園)・小・中( )年生 ( )歳	
参加名	ふりがな	本人との関係
	保護者・担任・その他( )	
参加目的	例) 来年度入学検討中など	

幼児児童生徒 氏 名	ふりがな	性別
	家庭保育・保育園(所)・幼稚園(こども園)・小・中( )年生 ( )歳	
参加名	ふりがな	本人との関係
	保護者・担任・その他( )	
参加目的	例) 来年度入学検討中など	

幼児児童生徒 氏 名	ふりがな	性別
	家庭保育・保育園(所)・幼稚園(こども園)・小・中( )年生 ( )歳	
参加名	ふりがな	本人との関係
	保護者・担任・その他( )	
参加目的	例) 来年度入学検討中など	