

この送信票のみ送信してください

FAX 送信票

県立西崎特別支援学校高等部
志願前相談申込書（仮）

送信年月日 令和5年 月 日（ ）

西崎特別支援学校 高等部

志願前相談 担当者：与儀しのぶ、大城葉子

FAX：098-994-6856

学校名 _____

送信者名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

【志願前相談 実施日】

令和5年 10/16(月) ・ 10/17(火) ・ 10/18(水) ・ 10/19(木)

時間：9：00～12：00の間（面接時間は15～20分程度の予定です）

※日時を調整の上、決定日及び時間帯を後日ご連絡します。

ふりがな 生徒氏名		希望日		担任名
		第1希望 10月 日	第2希望 10月 日	
ふりがな 生徒氏名		希望日		担任名
		第1希望 10月 日	第2希望 10月 日	
ふりがな 生徒氏名		希望日		担任名
		第1希望 10月 日	第2希望 10月 日	
ふりがな 生徒氏名		希望日		担任名
		第1希望 10月 日	第2希望 10月 日	
特記事項	※体調面等や情緒面等、配慮事項がある場合は記入して下さい。			

※記入欄が不足する場合はコピーして使用して下さい。

申し込み〆切 9月14日(木)