

この送信票 1 枚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・体験入学申込書（仮）

送信年月日 平成 2 9 年 月 日（ ）

西崎特別支援学校 高等部

担当者：漢那茂美 あて

FAX：098-994-6856

学校名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

※志願前相談及び体験入学 実施日

平成 29 年 10/23(月)・10/26(木)・10/30(月)・11/1(水)・11/8(水)・11/13(月)

ふりがな 生徒氏名	希望日		体験入学	担任名
	第 1	第 2	いずれかに○をつける 希望する 希望しない	
ふりがな 生徒氏名	第 1	第 2	体験入学	担任名
	/	/	いずれかに○をつける 希望する 希望しない	
ふりがな 生徒氏名	第 1	第 2	体験入学	担任名
	/	/	いずれかに○をつける 希望する 希望しない	
ふりがな 生徒氏名	第 1	第 2	体験入学	担任名
	/	/	いずれかに○をつける 希望する 希望しない	
ふりがな 生徒氏名	第 1	第 2	体験入学	担任名
	/	/	いずれかに○をつける 希望する 希望しない	
特記事項	※体験入学は作業学習の体験となります。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。

申込み〆切 9月26日（火）