

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**  
**体験学習申込書（仮）**

送信年月日 令和元年 月 日（ ）

西崎特別支援学校 高等部  
担当者：仲松 智 あて  
FAX：098-994-6856

学校名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

※体験学習実施日（生徒 1 人につき下記より 1 日のみです）

令和元年 7月4日（木） 8日（月） 11日（木）

ふりがな 生徒氏名		希望日		担任名
		第 1	第 2	
ふりがな 生徒氏名		希望日		担任名
		第 1	第 2	
ふりがな 生徒氏名		希望日		担任名
		第 1	第 2	
ふりがな 生徒氏名		希望日		担任名
		第 1	第 2	
特記事項	※体験学習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 6月14日（金）【厳守でお願いします】**