入学相談申込書

（この用紙のみを送信してください）

　　　　　　　　　　　　　　　申込日 　令和　年　月　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送　信　先 | 青森県立青森第一高等養護学校  教諭　村上　真奈美　宛  　ＦＡＸ　０１７－７８８－０５３９ | |
| 発　信　者 | 所　属（学校名）  氏　名  連絡先（電話番号）  （ＦＡＸ） | |
| ふりがな  来校者氏名  （保護者・担当者等）  ※本人の氏名は記入しない。  ※保護者は名字のみ記入する。 |  | 本人との関係 |
| ふりがな  来校者氏名  （保護者・担当者等）  ※本人の氏名は記入しない。  ※保護者は名字のみ記入する。 |  | 本人との関係 |
| 入学相談希望日時① | 月　　日（　）　：　～ | |
| 入学相談希望日時② | 月　　日（　）　：　～ | |
| 入学相談希望日時③ | 月　　日（　）　：　～ | |
| 備　考 |  | |
|  | |
|  | |
|  | |