|  |
| --- |
| 特別支援学校用 |

令和６年度　学校見学会参加申込書

（この用紙のみを送信してください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（学校名等）  氏　名  連絡先（電話番号）  　　　 （ＦＡＸ） | | | | |
| 参　加　者 | | | | | | | | |
| No | 所属 | | | | ※名字のみ | 保護者の参加 | 体験授業  参加希望 | 【二高養の見学】  参加の場合は「○」 |
| 学年 | 学級  （該当するものに○） | | |
| 1 |  | 普通　／　重複 | | |  | 有　・　無  （参加　　名） | 有 ・ 無 |  |
| 2 |  | 普通　／　重複 | | |  | 有　・　無  （参加　　名） | 有 ・ 無 |  |
| 3 |  | 普通　／　重複 | | |  | 有　・　無  （参加　　名） | 有 ・ 無 |  |
| 4 |  | 普通　／　重複 | | |  | 有　・　無  （参加　　名） | 有 ・ 無 |  |
| 5 |  | 普通　／　重複 | | |  | 有　・　無  （参加　　名） | 有 ・ 無 |  |
| 引率者 | | | 職 | | 氏名 | | | |
| 引率者 | | | 職 | | 氏名 | | | |
| 引率者 | | | 職 | | 氏名 | | | |
| 参加者合計 | | | 生徒　 　名　保護者　 　名　引率者　　 名　　 合計　　　 　名 | | | | | |
| 質問等がありましたらご記入ください。 | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　締め切り　６月７日（金）