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 |  |
|  |
|  |
|  |