|  |
| --- |
| 特別支援学校用 |

令和７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）

※電話番号の間違いや裏面の送信にご注意ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 送　信　先 | 青森県立青森第一高等養護学校 教諭　間山　美通　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（該当に○） | ４日､7日､11日参加の場合は､希望を記入ください（希望なしの場合は空欄） |
| 学年 | 学級（該当に○） |
| 1 |  | 普通　／　重複 |  | 有　・　無（参加　　名） | 第1希望日 | 第2希望日 |
| 2 |  | 普通　／　重複 |  | 有　・　無（参加　　名） | 第1希望日 | 第2希望日 |
| 3 |  | 普通　／　重複 |  | 有　・　無（参加　　名） | 第1希望日 | 第2希望日 |
| 4 |  | 普通　／　重複 |  | 有　・　無（参加　　名） | 第1希望日 | 第2希望日 |
| 5 |  | 普通　／　重複 |  | 有　・　無（参加　　名） | 第1希望日 | 第2希望日 |
| 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　教育関係者　 　 名　 合計　　 　名 |
| 質問・要望等がありましたらご記入ください。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　※本校担当より生徒情報等の確認のため連絡をいたします。

　【締め切り：６月１１日（水）】